

T
1131

 XOXIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO

123 935

123 935



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

*La institución de la salud:
La producción de significados a partir de la condición juvenil*

Verónica Gil Montes

T E S I S

PARA OPTAR AL GRADO DE
DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES
CON ESPECIALIDAD EN
PSICOLOGÍA SOCIAL
DE GRUPOS E INSTITUCIONES

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Roberto Manero Brito.

MÉXICO D.F.

ABRIL, 2011



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

*La institución de la salud:
La producción de significados a partir de la condición juvenil*

Verónica Gil Montes

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES
CON ESPECIALIDAD EN
PSICOLOGÍA SOCIAL
DE GRUPOS E INSTITUCIONES

Miembros del Jurado

DRA. MARGARITA BAZ Y TÉLLEZ
DR. RAFAEL REYGADAS ROBLES GIL
DR. JOEL FLORES RENTERÍA
DR. RAFAEL MIRANDA REDONDO
DR. ALEJANDRO CERDA GARCÍA
DRA. LOURDES JACOBO

MÉXICO D.F.

ABRIL, 2011

*La institución de la salud:
la producción de significados a partir
de la condición juvenil*



Fuente: retablos.blogspot.com/2007/12/fiebre.html.

Agradezco las sugerencias y comentarios realizados a mi trabajo por

Roberto Manero, Rafael Reygadas, Margarita Baz, Joel Flores,
Rafael Miranda, Alejandro Cerda y Javier Meza.

Gracias

A mis amigos y compañeros del seminario Memoria y Futuro
por la escucha y la paciencia

A mi mamá y mi abuela por siempre estar cerca

Gracias a mis grandes maestros:

Nare, Bruno, la pequeña Camila,
Vale y Cami,
Diego y la pequeñita recién llegada

Porque con sus sonrisas me han
enseñado a leer la vida

Gracias

con mi corazón a Francisco por su infinita paciencia y amor

Gracias

A Paola por su colaboración para la realización de este trabajo
A mis alumnos de la licenciatura en psicología

¡ A la salud de todos!

Vero

Abril, 2011

Índice

Introducción	1
Aproximaciones teóricas al campo de la salud	1
<i>Distintas escuelas-distintas posturas</i>	4
<i>Los Sociólogos de la Salud Pública</i>	4
<i>Medicina social</i>	5
<i>La antropología médica</i>	6
Reflexiones sobre el campo de la salud	
a partir de la psicología social de grupos e instituciones	10
<i>Referentes Metodológicos</i>	15
<i>Construcción de estrategias metodológicas</i>	24
Los múltiples significados sobre la salud y sus procesos de	
institucionalización a partir de los modelos médicos en la historia	29
<i>La producción de significaciones alrededor de la salud</i>	34
<i>La institución de la salud: construcción de diversos modelos de médicos en la historia</i>	40
<i>Los nuevos paradigmas sobre el tratamiento de salud-enfermedad</i>	52
<i>Del Modelo médico higienista al Modelo médico Hegemónico en el México moderno</i>	58
La institución de la salud, la negación del proyecto	68
<i>El orden estatal y la salud: Principio de equivalencia ampliado</i>	77
<i>La intervención estatal: Historias paralelas entre la Seguridad Social y la Asistencia</i>	79
<i>La Asistencia y la Seguridad Social</i>	82
<i>Un nuevo orden estatal: formas de entender la salud</i>	92
<i>El imaginario mercantil sobre la salud</i>	95
<i>La salud-bien común</i>	96
<i>La salud-un derecho</i>	96
<i>Salud-mercancía</i>	98
La institución de la salud productora de cuerpos y significaciones	107
<i>La institución de la salud: la mirada clínica sobre la juventud</i>	114
<i>Las investigación médica sobre la juventud</i>	124
<i>Juventud- Universidad y salud</i>	127
<i>Los Hallazgos</i>	131
<i>El diario hacer, vida cotidiana</i>	132
<i>La enfermedad y la medicalización de los cuerpos</i>	136
<i>Los espacios de negatividad y resistencia: las formas de significar la salud</i>	141
<i>Las formas de significar la salud</i>	144
Reflexiones y propuestas	148
<i>Una propuesta para discutir</i>	151
Fuentes consultadas	156

Introducción

Los temas sobre medicina y salud han sido parte de mi interés académico desde hace ya algunos años, mis primeros acercamientos al respecto giraron sobre la institución médica y la formación profesional de los médicos, con el transcurrir del tiempo mi interés creció en función de entender cómo se ha ido gestado una idea de aquello que se entiende o se vive como salud. ¿qué es la salud?, ¿qué se debe de hacer para tener salud?. Por lo general, nos detenemos a pensar en nuestra salud cuando “sufrimos” una enfermedad, al estar en un hospital, cuando se nos diagnostica una enfermedad grave o cuando tenemos que parar nuestras actividades diarias por consecuencia de algún padecimiento físico; es en ese momento que ponemos atención a aquello que hemos llamado *la salud* y es entonces que nos preguntamos ¿por qué me he enfermado?, ¿cuál es el origen de la enfermedad en cuestión?, ¿por qué no estoy sano?.

Cada sociedad construye sus referentes sobre la salud en función de diversos factores sociales, culturales, históricos, políticos o económicos, en los espacios urbanos industrializados se ha aprendido a construir la noción de la salud a partir de una mirada hegemónica, por ejemplo en los postulados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define a la salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.¹ podemos

¹ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946.

preguntarnos ¿quién tiene un estado completo de bienestar físico, mental y social? estas formas de definir a la salud han guiado, en función de los países con mayor capacidad económica, una serie de políticas públicas ocasionando un desequilibrio sobre la atención de la salud, pero sobre todo han generado diversos significados alrededor de la salud totalmente descontextualizados del hacer de los sujetos, poniendo énfasis en la salud como un factor de producción y permanencia en el sector económico, lo anterior es producto de diversas políticas a nivel mundial con las cuales se pretende disminuir el presupuesto estatal de las instituciones de salud pública y forzar a la población a que se haga cargo de su gasto en salud.

Como consecuencia encontramos que en nuestras sociedades "modernas" la salud es una construcción económica, una posesión a la cual gran parte de la población no tiene derecho, bajo esta lógica se nos enseña que la salud es la ausencia de enfermedad, por lo tanto sólo se acude al médico *si te duele algo, si no funcionas adecuadamente, o si necesitas algún medicamento*, estas son las formas de atención que se replican en las instituciones encargadas del sector salud, mismas que impactan de forma directa en la manera en que significamos nuestra salud. Se debe señalar también el carácter de mercancía que ha adquirido la salud, todo el tiempo a través de los medios masivos de comunicación nos venden una idea de salud en función de todo aquello que te pueda mantener delgado, ágil y joven, es decir se es saludable si te ves bien, si estas delgado, si tienes la capacidad de trabajar, etc., pero realmente, ¿se puede pensar en

firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>. Fecha de consulta 1 abril, 2011.

la salud cómo la ausencia total de la enfermedad o tener una apariencia delgada y juvenil?. A partir estas reflexiones se fueron construyeron algunas interrogantes que sirvieron para esbozar nuestro trabajo de investigación: ¿Cómo se ha construido la noción de la salud en el contexto histórico de nuestro país?, ¿cómo las diversas políticas económicas han permeado la construcción social de la salud? y ¿cuáles son las producciones de significados alrededor de la salud?. Si bien, estas preguntas me han ayudado a establecer una serie de ideas que se fueron desarrollando en el presente escrito, la preocupación central de esta investigación fue comprender cómo se significa la salud en el hacer cotidiano, en especial en las prácticas cotidianas de los jóvenes.

Los estudios realizados alrededor de la población joven toman importancia si se trabaja con ciertos problemas de salud como son las adicciones, los desordenes alimenticios, la violencia, el embarazo no deseado o las enfermedades de transmisión sexual y poco se ha investigado sobre el vínculo juventud-salud. Por tal motivo resulta importante indagar sobre las significaciones imaginarias sociales de la salud de los jóvenes en un contexto universitario, ya que por lo general se considera a este sector de la población como grupo de privilegio, debido a que asisten a la escuela, tienen una familia, un trabajo y por lo tanto se cree que tienen “buenas condiciones de salud”, lo cierto es que poco se reflexiona sobre su día a día, sus cotidianeidad, en su hacer-ser cotidiano, es decir en sus estilos de vida que sin duda alguna repercuten sobre su salud.

Reflexionar sobre los temas en salud nos remite a pensar sobre las formas en que vivimos, en que nos enfermamos y en que nos curamos; la salud es un proceso colectivo, que si bien se presenta en cada sujeto se construye a partir de distintos referentes sociales, los procesos de salud/enfermedad/atención/ se derivan de la experiencia, de la manera en que cada sujeto se apropia desde su singularidad de los referentes colectivos que permiten construir su hacer-ser cotidiano, lo cual deriva en múltiples aprendizajes. Es entonces que a través de las prácticas cotidianas actuamos nuestro estado de salud.

El cuestionamiento central de esta investigación: indagar sobre las significaciones imaginarias sociales de los jóvenes en torno sus procesos de salud/enfermedad, implicó una reflexión sobre cómo se entiende, se vive y se transforma la noción de salud a mi alrededor; de tal manera que al conocer las prácticas cotidianas, el cuidado que tienen de sí y las formas en que construyen sus procesos de salud-enfermedad los jóvenes con quienes trabajé, me permitió entender y resignificar mi propia noción de salud. El dispositivo de intervención utilizado para llevar a cabo nuestra labor de investigación fue denominado como grupo de reflexión, dicho espacio nos permitió a los participantes del mismo compartir nuestra experiencia cotidiana sobre las diversas preocupaciones alrededor de los temas sobre salud, nos ayudo a pensar el tema de la salud a partir de múltiples atravesamientos tanto mercantiles, económicos, políticos como sociales, históricos y culturales.

La presente investigación se integra a partir del desarrollo de seis apartados, en los cuales se pretende profundizar y aportar nuevas líneas de trabajo a las investigaciones que hasta este momento se han realizado sobre el campo de la salud.

En el primer apartado titulado *Aproximaciones teóricas al campo de la salud*, se da cuenta de algunas de las escuelas que han trabajado sobre los temas de salud, con lo cual se pretende conocer distintas posturas teóricas al respecto. Además se reflexiona sobre los aportes de la Psicología Social de Grupos e Instituciones al campo de la salud y se mencionan algunas de las investigaciones que desde este *corpus* teórico se han realizado.

En el siguiente apartado *Reflexiones sobre el campo de la salud a partir de la psicología social de grupos e instituciones* se hace énfasis en conocer los postulados que desde la psicología social con utilizados tanto para construir un *corpus* teórico como las diversas elementos metodológicos utilizados en el proceso de investigación, además de dar a conocer algunos de los trabajos que se han realizado desde esta postura teórica.

En el tercer apartado, *Los múltiples significados sobre la salud y procesos de institucionalización*, se reconstruyó la génesis social y teórica del campo de la salud a través de los diversos modelos médicos en la historia de la salud en México, por lo que fue necesario el desarrollo de algunos aspecto teóricos sobre distintos conceptos como son génesis social e teórica, imaginario, significaciones imaginarias sociales.

La institución de la salud, la negación del proyecto es el cuarto apartado del presente trabajo de investigación, en el cual a partir de elementos teóricos como el concepto de institución y el principio de equivalencia ampliado se trató de elucidar la construcción de la institución de la salud desde el orden estatal, se reconstruyó la génesis social de dos instituciones que a nuestro parecer configuraron a la institución de la salud: la Asistencia y la Seguridad Social, con lo cual se fueron señalando las formas en que desde el orden estatal se construyeron las distintas significaciones sobre la salud en el devenir histórico de México.

El quinto apartado de este trabajo se titula *La Institución de la salud productora de cuerpos y significaciones*, se aborda el tema sobre juventud-salud en el contexto universitario, se pretende visibilizar como se ha construido desde el ámbito médico las distintas visiones sobre el ser joven y sus vínculos con la salud. Como consecuencia de estas reflexiones fue necesario dar voz y escucha a los sujetos de nuestra investigación: los jóvenes, por lo tanto para poder acceder a las significaciones sociales imaginarias sobre la salud fue preciso realizar una serie de intervenciones grupales con estudiantes de la UAM-Xochimilco, se llevaron a cabo sesiones de grupos de reflexión, mismas que dieron como resultado la producción de un discurso grupal que nos permitió conocer y entender las formas en que los jóvenes en el ámbito universitario significan su salud; conociendo sus estilos de vida, las maneras en que enfrentan y curan sus enfermedades, así como las experiencias límites con respecto a su salud.

En el último apartado de este trabajo *Reflexiones y propuestas*, se concretó en realizar una propuesta de intervención para trabajar y reflexionar sobre el vínculo juventud-salud en el contexto universitario, esta propuesta es de importancia, ya que podemos privilegiar el ámbito educativo universitario como es un espacio en el cual los jóvenes cuentan con condiciones propicias para reflexionar y cuestionar las distintas maneras en que viven y reproducen estilos de “vida saludables”.

Para finalizar esta presentación me parece pertinente aclarar que esta investigación es producto de mi quehacer cotidiano en el contexto universitario y de todo aquello que lo circunscribe, lo cual me ha posibilitado entender que los procesos de salud/enfermedad/atención se construyen a partir de nuestras producciones de sentido, de cómo vivimos y percibimos nuestro entorno próximo; por lo tanto, comprender nuestros procesos de salud/enfermedad nos permitirá establecer referentes simbólicos distintos a los ya dados, a crear nuevas significaciones y a pensar en nuestra salud a través de procesos de autonomía, con lo cual podremos asumir estilos de vida que nos permitan reflexionar sobre nuestro hacer-ser de nuestra salud.

Aproximaciones teóricas al campo de la salud

Hay que tener cuidado con los libros de salud;
podemos morir por culpa de una errata.
(Anónimo)

La salud o los temas sobre salud son considerados como factores determinantes para el desarrollo y producción de las sociedades, por lo tanto resulta interesante conocer los abordajes teóricos realizados al respecto, ya que a partir de ellos se han construido diversas posturas políticas y sociales teniendo como consecuencia la creación de políticas públicas que han incidido en el grueso de la población, o en casos localizados y específicos en el desarrollo de formas sociales contestatarias para la atención de los procesos de salud/enfermedad.

Reflexionar sobre la salud implica la incorporación y el registro de múltiples miradas que han dado significado a dicha noción a lo largo del tiempo; encontramos que disciplinas como la sociología, la antropología, la historia y la psicología se han dedicado a estudiar temas que competen a lo que se ha llamado el campo de la salud, por tal motivo es necesario conocer los distintos abordajes teóricos contruidos alrededor de los temas sobre la salud; es importante destacar que dichas posturas han conformado un *corpus* teórico que dan cuenta de un quehacer político y un hacer social en el proceso de investigación.

Al realizar una breve búsqueda sobre las aproximaciones teóricas al campo de la salud desde las disciplinas sociales en nuestro país, encontramos que las primeras investigaciones al respecto se realizaron a finales de los años cincuenta, trabajos realizados por el Dr. Aguirre Beltrán o el Dr. Pérez Tamayo, entre muchos otros iniciaron en México un eje de investigación alrededor de los temas médicos y de la salud a travésados por una mirada humanística. *El discurso académico sobre la salud en México, Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones en México*² son trabajos que se han encargado de sistematizar el tipo de investigaciones que se han realizado sobre salud y ciencias sociales en nuestro país.

No obstante estos antecedentes, es importante acercarnos a las propuestas que se hacen de las distintas escuelas que, a decir de Roberto Castro, mantienen entre sí diferencias importantes no sólo por los marcos teóricos, sino por las posiciones políticas que adoptan. Estas escuelas han construido todo un *corpus* teórico que delinea la manera en que se investiga, se mira, se interviene, se pregunta, se significa el campo de la salud y a través de los diversos saberes producidos en diferentes contextos teóricos se han aportando elementos de análisis importantes para poder pensar en y alrededor de la salud: como noción, como objeto, como institución, como mercancía o como un derecho.

Si bien, existen diversos textos que han sistematizado la producción del conocimiento alrededor de las ciencias sociales y el campo de la medicina o de la salud, no deja de ser interesante

² Véase A. Córdova *et. al.* *El discurso académico sobre la Salud en México*, UAM-X, México, 1989; P. Ravelo, "Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones en México" en: González Montes. S. (comp.), *Las Mujeres y la Salud*, El Colegio de México, México, 1995.

puntualizar las posturas teóricas y lineamientos políticos que se han construido sobre el tema que nos ocupa; en consecuencia, realizar una breve incursión en las escuelas que generaron este tipo de investigación nos permitirá explicar los diversos abordajes teóricos con el fin de ir comprendiendo cómo se puede entender desde múltiples disciplinas el campo de la salud.

Roberto Castro, en un texto titulado "Las Ciencias Sociales y Salud en México: movimientos fundacionales y desarrollos actuales", publicado en el 2003,³ señala que existen por lo menos tres escuelas o grupos fundacionales que han guiado el estudio del campo de la salud en México: Los antropólogos médicos, los exponentes de la medicina social y los sociólogos de la Salud Pública, a esta lista podríamos agregar también los estudios históricos, a continuación daremos a conocer un breve panorama sobre las investigaciones que se han realizado bajo el cobijo de las escuelas mencionadas.

³ R. Castro, "Ciencias Sociales y Salud en México: movimientos fundacionales y desarrollos actuales". *Ciencia y salud colectiva*, Vol. 8, núm. 1, Río de Janeiro, Brasil, 2003.
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000100005&script=sci_arttext

Distintas escuelas-distintas posturas

Los Sociólogos de la Salud Pública

Algunos de los investigadores que conforman este enfoque teórico son: Julio Frenk, Daniel López Acuña, Octavio Gómez Dántes, entre muchos otros. Los trabajos presentados en esta escuela han puesto énfasis en tratar de comprender y aportar al campo de la salud desde una visión apegada a ciertos lineamientos gubernamentales o de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), o el Banco Mundial (BM). Bajo este *corpus* teórico se define a la salud como: *Un Estado de completo bienestar físico, social y mental y no solamente la ausencia de la enfermedad. Es un concepto positivo que enfatiza la presencia de recursos sociales y personales, así como la capacidad física*⁴, se entiende que la salud es uno de los principales objetivos del desarrollo, el cual constituye un bienpreciado en sí mismo y una condición indispensable para la igualdad de oportunidades. Además, se le ha reconocido como insumo esencial de la seguridad global, el crecimiento económico y el avance democrático.⁵

Este tipo de abordaje ha permitido conocer la estructura del Sistema de Salud en México, el cual se definen como todos aquellos “recursos, actores e instituciones involucrados en el desempeño de actividades cuyo propósito fundamental es la promoción, el restablecimiento o el mantenimiento de la salud,

⁴ La OMS define a la salud “como un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de afecciones o enfermedades”. Véase Página oficial de la OMS www.who.int/es/

⁵ J. Frenk y O. Gómez Dántes, *El Sistema de Salud de México*, Nostra Ediciones, México, 2008, p.106 y p.15

respondiendo a las expectativas legítimas de los usuarios y protegiéndolos contra el riesgo de incurrir en gastos excesivos".⁶ Muchos de los trabajos realizados han sistematizado de manera eficaz distintos datos como son el financiamiento y la distribución de los servicios de salud: número y tipo de hospitales, equipo médico, formación profesional, también se ha indagado en lo que han llamado las condiciones de salud en México (tipo de enfermedad, causas de muerte y factores de riesgo para la salud); además los resultados de las investigaciones han dado pie para delinear y llevar a cabo políticas públicas en salud.

Medicina social

Los postulados teóricos de esta escuela se desarrollaron en el contexto de la Maestría en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco, es un área de estudio que conceptualiza a la Salud como un proceso, en el cual la salud y la enfermedad no pueden observarse como fenómenos separados, por lo que se piensa en el proceso salud-enfermedad, mismo que se contextualiza en un ámbito sociocultural y a través de un análisis crítico, principalmente de corte marxista, se observa y analizan problemas de salud en distintos espacios sociales, privilegiando el vínculo trabajo-salud. Es importante destacar las aportaciones realizadas por Consuelo Chapela sobre una visión crítica de las formas de promoción de la salud.

⁶ *ibid.*, p. 107.

La Maestría en Medicina Social inició sus actividades en 1975, y tiene como tarea principal desarrollar planteamientos teóricos y prácticos a partir de tres objetos de estudio: los determinantes y la distribución de la salud-enfermedad así como la respuesta social a los problemas de la salud y el saber.⁷ Las aportaciones de las investigaciones realizadas han servido para analizar distintas políticas públicas en salud. Entre los principales investigadores se pueden nombrar a Carolina Martínez Salgado, Ángeles Garduño, Gustavo Leal F., Oliva López, Asa Cristina Laurell. Destacan investigaciones como: *Mexicanos en Defensa de la Salud y la Seguridad Social*; *Algunos Actores y temas en la arena de la salud*; *Seis miradas sobre la salud y sus relaciones con el mundo social*; *Determinación genérica de la mortalidad masculina*.⁸ También se puede consultar la revista *Salud Problema*, cuya edición está a cargo de la Maestría en Medicina Social.

La antropología médica

La antropología ha sido sin duda alguna, una de las disciplinas científicas que han permitido conocer y entender grupos y comunidades en contextos culturales específicos. Como toda ciencia, el interés de estudio ha girado en torno a diversos campos de intervención, así que no es de extrañarse que uno de

⁷ Véase Página electrónica de la Maestría en Medicinal Social, UAM-X, <http://cbs.xoc.uam.mx/posgrados/mms/>.

⁸ Véase C. Martínez Salgado (comp.), *Seis miradas sobre la salud y sus relaciones con el mundo social*, Serie Académicos CBS, Núm. 81, UAM-X, México, 2008; G. Leal Fernández, *Algunos actores y temas en la arena de la salud*, Serie Académicos CBS, Núm. 68, UAM-X, México, 2007; A. C. Laurell, *Mexicanos en defensa de la Salud y la Seguridad Social*, Temas de Hoy, México, 2001; A. Garduño, "Determinación Genérica de la Mortalidad Masculina", *Salud Problema*, Nueva época, año 6, número 10-11, Junio-Diciembre, UAM-X, México, 2011.

los temas de interés para esta disciplina sea el campo de la salud. Bajo esta visión surge lo que se ha conocido como antropología médica, que ha generado un sin fin de trabajos para entender el campo médico, el de la salud y el llamado proceso salud-enfermedad, o salud/enfermedad/ atención.

Entre los primeros estudios de antropología médica en México se encuentran trabajos como: *Medicina y Magia. Programas de Salud en situación Intercultural*, de Aguirre Beltrán; *Textos de medicina Náhuatl y Cuerpo Humano e ideología, Las concepciones de los antiguos nahuas*, ambos de López-Austin, diversas investigaciones realizadas por Eduardo Menéndez, entre las que figuran, *Morir de Alcohol, La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?*, *Estilos de vida, riesgo y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes, Participación social como realidad técnica y como imaginario social*, también se pueden consultar trabajos que dan cuenta de manera general sobre el desarrollo de la antropología médica como disciplina, véanse trabajos como *La Antropología Médica en México*, de Vargas o *La Antropología Médica en México, Tomo I*, trabajo editado por el Instituto Mora.

Las investigaciones presentadas desde la antropología médica han aportado saberes específicos a la visión del campo de la salud, ya que se han estudiado distintas experiencias en salud a nivel microsocial, así como las estructuras culturales que nos permiten entender los procesos de salud-enfermedad-atención (SEA). La antropología médica ha contribuido en la construcción de un *corpus* teórico básico para comprender el campo de la salud,

atendiendo el contexto cultural, el espacio histórico, poniendo énfasis en los sujetos como actores y productores de su salud.

Cabe destacar que Menéndez ha propuesto algunos conceptos que permiten comprender el campo de la salud en un contexto cultural, la aportación de lo que el autor denominó el Modelo Médico Hegemónico (MMH), ha sido clave para entender cómo se ha ido construyendo una forma de atención hegemónica sobre la salud, desplazando las formas tradicionales de sanación y estableciendo el saber *científico*. Por otra parte, el concepto de *proceso salud/enfermedad/atención* permite analizar en los espacios de la vida cotidiana las formas en que los sujetos significan, vive y atiende su salud/enfermedad. Esta escuela ha profundizado en la conceptualización de la salud como un proceso en el cual el sujeto desarrolla un papel importante en la forma en que se vive saludable o enfermo y se considera como un primer nivel de atención la manera en que las personas atienden en sus prácticas cotidianas su enfermedad. Es por eso que al referirse a la salud se hace hincapié en un proceso, (salud/enfermedad/atención), el cual se gesta y reproduce en un espacio sociocultural, temporal e histórico.

Otros estudios en relación con el campo de la salud y que se pueden inscribir o no en las escuelas mencionadas son los estudios históricos, los cuales cuentan con una tradición de investigación importante sobre el tema que nos ocupa. Los trabajos realizados bajo esta óptica son diversos, por lo tanto sólo haremos mención de algunos: *Cuidar, controlar, curar: ensayos históricos sobre salud y enfermedad en América Latina y el Caribe*, *Acción Sanitaria pública y cambio en el patrón de*

*mortalidad por causas en el Estado de México 1898-1940, Ensayos sobre la historia de las epidemias en México, Historia de la salubridad y asistencia en México, Antología de escritos histórico-médicos,*⁹ en general los estudios sobre salud e historia se centran en el desarrollo de la historia de la Salud Pública y en estudios demográficos-epidemiológicos, que dan cuenta de cómo se fueron atendiendo ciertas enfermedades en diversas épocas de la historia de México.

⁹ G. Hochman *et al.* "Cuidar, controlar, curar: ensayos históricos sobre salud y enfermedad en América Latina y el Caribe", Coleção História e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004; M. Vera Bolaños, *et. al.*, *Acción Sanitaria Pública*, Colección Teoría y análisis, UAM, México 2007; E. Florescano, y E. Malvido, *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1982; J. Álvarez Amézquita, *et al.* *Historia de la salubridad y asistencia en México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1960; F. Fernández del Castillo, "El establecimiento de ciencias médicas", *Antología de escritos histórico-médicos*, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1986.

Reflexiones sobre el campo de la salud a partir de la psicología social de grupos e instituciones

No hay enseñanza sin investigación ni investigación sin enseñanza. Esos quehaceres se encuentran cada uno en el cuerpo del otro. Mientras enseño continuo buscando, indagando. Enseño porque busco, porque indagué, porque indago y me indago. Investigo para comprobar, comprobando intervengo, interviniendo educo y me educo. Investigo para conocer lo que aún no conozco y comunicar o anunciar la novedad.¹⁰

Hasta este momento se han mencionado diversas posturas teóricas que han perfilado un saber sobre el tema de la salud; la psicología en tanto disciplina que se encarga de estudiar a los seres humanos y sus procesos también se ocupa de dicho tema, por lo tanto no es de extrañarse que exista una vertiente en psicología definida como psicología de la salud, en la cual el objeto de estudio de la misma "es el comportamiento de un individuo en su interacción con su entorno (ecosistema). Dicho comportamiento puede ser calificado como saludable en función de su capacidad adaptativa y evaluado en el corto o largo plazo...." Este planteamiento pretende modificar "el comportamiento del individuo mejorando sus condiciones de salubridad y sus competencias asumiendo las dificultades que presenta el control del ecosistema al que pertenece".¹¹ Bajo estos criterios teóricos el modelo individuo-conducta es uno de los más socorridos en cuanto el desarrollo de ciertas propuestas de

¹⁰ P. Freire, *Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa*, Siglo XXI editores, 2009, p. 30.

¹¹ J. Santacreu Mas *et. al.* "La prevención en el marco de la psicología de la salud", *Psicología y salud*, Instituto de investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, Nueva época Julio-Diciembre, 1997, pp. 86-87.

estudio, los trabajos producidos en esta perspectiva se construyen a partir de métodos cuantitativos, y en relación al campo de la salud los temas que se investigan se concentran principalmente en la relación médico-paciente, embarazo, sexualidad, enfermedades crónico-degenerativas, problemas de alimentación y prevención de la salud.¹²

Existen en el quehacer psicológico otras formas de producción de conocimiento que privilegian la posibilidad de construir procesos de investigación que incorporen diversos elementos históricos, sociales, ideológicos y así como perspectivas políticas, en este sentido desde las posturas teóricas que se desarrollan en la Maestría y el Doctorado en Psicología Social de Grupos e Instituciones se reconoce el hacer de los sujetos y del investigador como un proceso inacabado en continua producción de conocimiento. La psicología social que nos ocupa pretende comprender fenómenos en los cuales los sujetos construyen el conocimiento y lo resignifican para sí, por lo tanto el estudio de la subjetividad, de lo colectivo, de las instituciones, del imaginario, de las significaciones imaginarias sociales¹³ son centrales para comprender cómo los sujetos se apropian, construyen y transforman su realidad en espacios históricos concretos.

La psicología social que enmarca la presenta investigación pone énfasis en los procesos de construcción colectivos. Si bien, es importante acotar que el *corpus* teórico al cual nos acercamos

¹² Se pueden consultar diversos trabajos que dan cuenta de este enfoque teórico, en publicaciones como: *Revista Psicología y salud*, Universidad Veracruzana, *La Gaceta Médica de México*, *Investigación en salud*, Universidad de Guadalajara, *Acta pediátrica de México*, *Revista Médico Científica*, *Facultad de Medicina del Siglo XXI de Ciencia y Arte*, Universidad Autónoma de Chihuahua.

¹³ Los referentes teóricos a seguir se derivan de los planteamientos realizados por autores como: Pichón Riviére, Armando Bauleo, Lourau, Guattari, Lapassade, Ardoino, Castel, Castoriadis, Zemelman, entre muchos otros.

para tratar de entender aquello que llamaremos la institución de la salud se construye a través de la mirada de la psicología social de intervención, la cual "más que una nueva disciplina o tendencia en torno a este ámbito, se quiere un campo plural, multirreferencial, una *encrucijada* de reflexiones sobre el campo de los procesos psicológicos colectivos".¹⁴ Hablamos de una psicología social que se preocupa por los procesos de construcción singulares y colectivos en torno a la subjetividad, por tal motivo se hace énfasis en el conocimiento del sujeto a partir de contextos sociohistóricos específicos; entendiendo que los sujetos son productores y productores de su realidad sociohistórica "lo cual obliga a aprehenderlos desde el punto de vista de su constitución-desconstitución, sin considerarlos como algo acabado".¹⁵ Bajo esta premisa se pretende elucidar alrededor de los temas sobre salud, entendiendo dicho ejercicio como "una labor propositiva, ... Inacabada, sujeta a revisiones y ajustes provisorios, aunque no por eso menos rigurosos; se tratará de pensar sobre lo hecho mientras se buscará conocer con mayor precisión eso que como hecho deberá ser deshecho, para entender su irradiada composición, otorgando a la actividad de-construccion un lugar central en la tarea de elucidación".¹⁶

A partir de un quehacer reflexivo producido por los diversos lineamientos teóricos con los que se gesta la licenciatura en Psicología social, en específico la Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones y el Doctorado en Ciencias Sociales con

¹⁴ R. Manero, "El Concepto de institucionalización en socioanálisis y sus aportes a la psicología social", *Anuario de Investigación*, Departamento de Educación y Comunicación, UAM-X, 1996, p. 727.

¹⁵ H. Zemelman y G. Valencia, "Los sujetos sociales, una propuesta de análisis", *Acta Sociológica*, Nuevos Sujetos Sociales, Mayo-Agosto, UNAM, 1990, p. 92

¹⁶ Véase A.M. Fernández, *El Campo Grupal. Notas para una genealogía*, Nueva Visión, Buenos Aires, 2002, p. 18

especialización Psicología Social de Grupos e Instituciones en la UAM-Xochimilco, se han realizado algunos trabajos que bajo la mirada teórica de la psicología social de Grupos e Instituciones han contribuido al estudio sobre el campo de la medicina y la salud, al respecto se pueden encontrar las siguientes investigaciones, las cuales abordan temas como la salud mental, la profesión médica, alimentación y juventud, y enfermedades como el cáncer. Conozcamos de manera breve y esquemática los trabajos mencionados:¹⁷

Una narración desde la institución: Subjetividad y Salud Mental en la UAM Azcapotzalco, la investigación se centró en comprender procesos subjetivos a partir de un programa ya establecido de Salud Mental; *Un estudio de caso sobre las significaciones imaginarias de la profesión médica en México: el éthos médico*, se reflexionó sobre las producciones imaginarias que dan significado y sentido a la profesión médica en nuestro país; *Las significaciones de la alimentación y su vinculación con el cuidado del cuerpo: La Experiencia de Jóvenes en la Ciudad de México*, en este trabajo se parte de la alimentación como una construcción sociocultural, a la cual se le designan distintos significados según grupo y contexto social, además se plantea el problema del cuidado del cuerpo y la alimentación; *La construcción de las significaciones imaginarias del cáncer*, se abordan a partir de la institución médica y de los pacientes las distintas formas de

¹⁷ Véanse: R. Salazar Guerrero, *Una narración desde la institución: Subjetividad y Salud Mental en la UAM Azcapotzalco*, tesis de Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones, UAM-X, 1997; V. Gil Montes, *Un estudio de caso sobre las significaciones imaginarias de la profesión médica en México: el éthos médico*, tesis de Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones, UAM-X, 2002; P. Hernández Salazar, *Las significaciones de la alimentación y su vinculación con el cuidado del cuerpo: La Experiencia de Jóvenes en la Ciudad de México*, tesis de Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones, UAM-X, 2005; V. Barrera Tello, *La construcción de las significaciones imaginarias del cáncer*, tesis de Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones, UAM-X, 2009

pensar y significar a la enfermedad del cáncer, así como las producciones de sentido alrededor de este tema.

Si bien se puede observar una producción acotada al respecto, es importante mencionar que las reflexiones alrededor de los temas han aportado nuevas formas de pensar e investigar, ya que al incluir aspectos teóricos diferentes a los acostumbrados en el campo de la salud, amplía la manera en que se atienden y comprenden estos problemas de investigación, posibilitando desde la psicología social una forma diferente de construcción del conocimiento en la cual el sujeto de la investigación es parte importante del proceso mismo, dejando de lado una visión de objeto-individuo.

Es importante destacar que esta mirada sobre psicología social se preocupa por conocer procesos sociales atendiendo sus dimensiones simbólicas e imaginarias, por lo tanto se ha construido un *corpus* teórico que permite dar cuenta de ello, en este sentido como ya se ha hecho mención el estudio de la instituciones, del imaginario, de las significaciones imaginarias sociales, de los procesos grupales, de la transversalidad, de la dimensión colectiva, del dispositivo, de la génesis social y teórica constituyen todo un andamiaje que nos permitió construir el proceso de investigación que se presenta.

Referentes Metodológicos

Pensar los temas a investigar desde la psicología social que se presenta, supone una serie de atravesamientos tanto sociales como académicos que nos permiten ir centrando y delineando el proceso de investigación, por tal motivo para realizar un ejercicio de reflexión y elucidación alrededor del tema que nos ocupa: la salud, debemos en un primer momento tomar en cuenta la convergencia de distintos campos disciplinarios como son la sociología, la historia, la antropología, medicina, entre muchas otras. Esta apuesta por múltiples referentes permite observar desde diferentes ángulos una realidad, por lo tanto la construcción del proceso de investigación parte del conocimiento, observación e intervención del terreno de investigación. Ahora bien, para establecer una manera o un método a seguir en la producción de conocimiento existen algunos elementos importantes a considerar en la construcción del proceso de investigación; por lo tanto, es preciso ir subrayando algunos de ellos para posteriormente definir cuáles fueron las estrategias metodológicas utilizadas en nuestro trabajo.

Para comenzar es importante acotar la noción de terreno, la cual nos remite a pensar un espacio concreto, en el que se establecen una serie de tensiones, vínculos, construcciones simbólicas e imaginarias, podríamos definir el terreno de investigación como aquel espacio de construcción de conocimientos, el cual deber ser observado desde sus distintos componentes, ya sea materiales, culturales, discursivos, imaginarios o simbólicos, es un espacio de lo social en el cual se

construye la expresión y producción de subjetividad a partir de un contexto histórico social determinado. El terreno de investigación supone una interacción constante entre el investigador, los sujetos y los fenómenos psicosociales que se desatan en el proceso de intervención, lo cual implica una observación y reflexión constante del proceso de investigación.

En el terreno de investigación convergen una serie de elementos que van configurando todo proceso de investigación, a continuación trataremos de dar cuenta de ellos. Un primer elemento se presenta a partir del estudio de la historia, con lo cual se pretende realizar un procesamiento del pasado, es decir, *comprender el presente estudiando el pasado*,¹⁸ conocer el contexto histórico de nuestro terreno de investigación nos permitirá reflexionar en torno a los diversos saberes que se desprenden de dicho espacio, y a la vez tener claro el acotamiento del terreno de investigación, el estudio de la historia no se plantea como un proceso lineal, ya que se intenta comprender los distintos atravesamientos culturales, ideológicos, temporales, así como identificar momentos coyunturales que den cuenta de la transformación de una realidad concreta, es en este sentido que se incorporan los conceptos de génesis social y teórica planteados por Savoye.

Por otra parte, no podemos estudiar los acontecimientos sólo a la luz de la historia, es importante incorporar otros elementos que constituyen el terreno de investigación. La cultura es sin lugar a dudas un referente obligado, todos los seres humanos estamos

¹⁸ Véase A. Savoye. *Del pasado, hagamos el análisis. El procesamiento de la historia*, Conferencia impartida en la UAM X. Traducción Roberto Manero.

inmersos en una cultura, es decir, en una serie de significaciones dadas por el contexto en el que nos desarrollamos. Son estas significaciones las que nos constituyen y nos hacen tener una identidad propia, la cultura "entendida como sistemas de interacción de signos interpretables (que ignorando las acepciones provinciales, yo llamaría símbolos), la cultura no es una entidad, algo a lo que puedan atribuirse de manera causal acontecimientos sociales, modos de conducta, instituciones o procesos sociales; la cultura es un contexto dentro del cual pueden describirse todos esos fenómenos de manera inteligible, es decir, densa".¹⁹ La cultura permite la construcción de diversos símbolos y significaciones, a decir de Geertz, el análisis de la misma no debe buscar leyes, sino más bien tender a una interpretación en busca de significaciones. Para comprender cualquier proceso social indiscutiblemente se necesita conocer desde las costumbres, la ideología, los referentes simbólicos hasta el uso propio del lenguaje, no sólo de aquellos que son investigados, sino del propio investigador, la red simbólica de la cultura permite la transmisión de saberes en la comunidad: los mitos, los rituales, lo que se cree, lo que se nombra y habla.

A partir del contexto cultural se establecen una serie de discursos que están mediados por el lenguaje, lo cual permite hacer referencia a cualquier objeto, es decir, en su sentido más laxo a través del lenguaje se nombra, se designa. Es importante dar un nombre a todo lo que nos rodea, ya que coloca a los sujetos y objetos en términos reales y accesibles; nombrar el cuerpo, al sujeto, el acontecer cotidiano refiere a todo un discurso que poco a poco construye un sujeto. Se es sujeto al ser inscrito y ocupar

¹⁹ C. Geertz, *La interpretación de las culturas*, Gedisa, España, 1996, p. 27.

un lugar en el espacio simbólico, lo cual se logra a través del lenguaje, el nombrar significa, "...El nombre de un ser vivo, persona, lugar, cosa o lo que fuere -remite al océano interminable de lo que este individuo es: no es su nombre sino en la medida en que se refiere virtualmente a la totalidad de las manifestaciones reales-posibles"²⁰ Signamos o damos nombres a los objetos desde nuestros propios referentes, el nombrar nos permite construir el campo de relaciones con los objetos y los otros.

La posibilidad de nombrar está dada por las redes simbólicas y representaciones que los individuos tienen y que se construyen a partir del contexto con el medio en el que se inscriben y desarrollan. "Todo lo que se presenta a nosotros en el mundo social-histórico, está indisolublemente tejido a lo simbólico. No es que se agote en ello. Los actos reales, individuales o colectivos - el trabajo, el consumo, la guerra, el amor, el parto- los innumerables productos materiales sin los cuales ninguna sociedad podría vivir un instante, no son (ni siempre ni directamente) símbolos. Pero unos y otros son imposibles fuera de una red simbólica".²¹ Es a través de esta red simbólica que se posibilita la producción de distintos discursos. El discurso entendido como cualquier textualidad, en el cual se materializan tanto la historia y la cultura, lo permitido y no permitido, el poder; el discurso nos da la posibilidad de nombrar, en él se materializan distintas formas de mirar, se entrelazan los deseos y las prohibiciones, de esta manera el conocer los discursos que se producen en el terreno en el cual se interviene, nos da la

²⁰ C. Castoriadis, *La institución Imaginaria de la Sociedad. Vol. 2*, Tusquets, Barcelona, 1989, pp. 291.

²¹ C. Castoriadis, *La Institución Imaginaria de la Sociedad. Vol. 1*, Tusquets, Barcelona, 1983, pp. 201.

posibilidad de acceder a las distintas producciones de sentido en un contexto específico.

Un último elemento sobre el cual se debe reflexionar es aquello que hemos llamado implicación. Ardoino, plantea que "todo proceso de investigación tiene por finalidad la producción de conocimiento, es decir, que la investigación y su trabajo en general tiene que construir un objeto de investigación..... Para la construcción del objeto, se plantea el problema de una relación ya compleja, con la implicación y con el distanciamiento".²² Al respecto, Piaget menciona que aquel sujeto que observa o experimenta en sí mismo o en otro puede, por una parte, ser modificado por los fenómenos observados y, por otra, dar lugar a modificaciones en cuanto al desarrollo y a la naturaleza misma de estos fenómenos,²³ es decir, nos encontramos frente a un problema epistemológico, el hombre es a la vez sujeto y objeto, aquel que investiga es un sujeto dotado de significaciones, cultura y simbolismos propios, por lo tanto toda investigación presupone un grado consciente e inconsciente de implicación.

Este proceso de circularidad enriquece la investigación, el ser sujeto-objeto nos hace referir, resignificar, simbolizar y apropiarnos de formas distintas de percibir la realidad; investigar se vuelve un proceso inacabado, no llegamos a interpretaciones únicas sino contextuadas en diferentes niveles de percepción e interpretación de la realidad según el ámbito cultural, económico

²² J. Ardoino, *Lo multirreferencial en torno a los problemas de investigación*, Conferencia dictada el día 21 de noviembre de 1988, en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Transcripción de Alejandra García, David Paredes y Alma Luz Martínez. Traducción Roberto Manero Brito

²³ J. Piaget *et. al.*, *Tendencias de la investigación en Ciencias Sociales*, Alianza Universidad, Madrid, 1979, pp. 66.

o ideológico de aquellos sujetos con los que se trabaja. Encontramos que el hacer de la investigación supone varios momentos en los cuales el investigador está inmerso, por lo tanto el papel que juega dicho investigador y sus referentes ideológicos se convierten en un dato más para analizar; se investiga desde una idea, un relato o desde una condición de vida, así que durante el proceso de investigación se entrelazan constantemente el hacer cotidiano y el hacer científico.

De este modo, cuando hablamos de implicación se hace alusión a “un conjunto de compromisos teóricos y prácticos conscientes o inconscientes que el profesional sostiene con diversos elementos y estructuras de una sociedad....Estar implicado significa estar atrapado en una red de compromisos, que van más allá de la voluntad o la intención del practicante, que sobre imprimen el sentido de la acción o el proyecto que éste intenta instrumentar”.²⁴ Ardoino, refiere que se deben entender tanto “las implicaciones psicológicas: por ejemplo la estructura mental, la forma misma de la historia y la prehistoria individual...., como las implicaciones institucionales: son las pertenencias que marcan a cada uno en relación a su clase social de origen, sus afinidades, sus transversalidades, su salario, su estatus, por qué piensan, ven, escuchan, entienden, en función de la posición que ocupan”.²⁵

Por ejemplo, la elección del tema conlleva en sí una implicación sobre lo que se va a investigar, es decir no se escoge un tema de investigación al azar; se trabaja en aquello que nos interesa, que

²⁴ R. Manero, “Los psicólogos y su implicación”, *Las profesiones en México*, núm. 6, UAM-Xochimilco, 1993, pp. 43.

²⁵ J. Ardoino, *Lo multirreferencial en torno a los problemas de investigación*, op. cit. s/p.

en cierta forma pretendemos responder, lo cual no significa que sea un impedimento para poder llevar a cabo con éxito nuestra tarea. El investigador tiene que trabajar en todo momento su implicación, aquello que sucede en el terreno de investigación y fuera de éste, es importante mencionar que metodológicamente un instrumento clave para el trabajo de las implicaciones es el diario de investigación.

Dentro de la perspectiva teórica de la psicología social que nos ocupa el análisis de las implicaciones es de suma importancia, ya que se interpreta constantemente un terreno en el que no solamente se mira a otros sino a uno mismo, todo proceso de investigación supone un acto de interpretación, se debe de tomar en cuenta que todo lo que un sujeto siente, piensa y valora es producto de sus relaciones sociales y se encuentra contextualizado en una época, un lugar geográfico, un tiempo; haciéndolo portador de un saber, el cual se resignifica constantemente. La forma en que trabajamos nuestra implicación en un proceso de investigación permite el avance o no del mismo, ya que el investigador no sólo interviene en el terreno de estudio, sino que el terreno en sí interroga de forma constante al investigador (en su sentir, en su pensar, en su rol como investigador), ¿cuántas veces no ha pasado que se plantea una pregunta de investigación y el sentido de la misma se desdibuja ante esta serie de cuestionamientos ya mencionados?. Es importante en este sentido entender que el análisis de las implicaciones supone una mejor colocación frente al terreno de estudio y un proceso mucho más reflexivo sobre aquello que se investiga, lo que permite la construcción de saberes reales y concretos.

Lo expuesto con anterioridad da cuenta de la manera en que desde la Psicología Social de Grupos e Instituciones se realizan diversos trabajos de investigación; no se pretende establecer un corte metodológico único a seguir, puesto que seguramente habrá coincidencias con otros postulados de disciplinas como la antropología, la sociología o la historia entre muchas otras. El fin de visibilizar algunos elementos que se pueden considerar básicos para la construcción de los procesos de investigación, es explicitar las maneras en que desde este referente teórico nos preguntamos por temas tan cotidianos como la salud.

En este sentido, es importante pensar a los sujetos a partir de sus diversos procesos, de cómo se interrelacionan con su contexto a través de un orden subjetivo, estos lineamientos podrían establecer construcciones teóricas distintas a las establecidas, lo que permitiría observar los fenómenos de salud/enfermedad/atención bajo otra óptica. Dicho de otra manera, es necesario entender cómo se piensa tanto la enfermedad como la salud en distintos sectores de la población, de tal modo que logremos construir espacios de intervención que apuesten más a provocar procesos de autonomía en concordancia con los estilos de vida e incidir en cambiar y mejorar las formas establecidas de entender la salud. Por lo tanto, abrir espacios de reflexión en torno al campo de la salud es establecer condiciones de posibilidad para que se reconozca la importancia de mirar al sujeto no sólo como un número, o una cama, sino como un sujeto de la salud, al cual se debe acompañar como poseedor de un saber y no como un objeto que permite engrosar las estadísticas.

A partir de estos puntos de partida, la salud aparece como un terreno de investigación en el que convergen distintos puntos de referencia, como el biológico, técnico, económico, social, político, comunitario y cultural, mismos que giran alrededor de los procesos de salud/enfermedad/atención. Por lo tanto, la noción de salud que proponemos en esta investigación se debe entender como una institución en la cual se cruzan todos aquellos discursos, saberes (técnicos y populares), formas de vivir y pensar el proceso salud/enfermedad que se construyen a través de contextos sociales, culturales, económicos y políticos específicos, dichos discursos dan cuenta en la forma en que actuamos y resolvemos nuestros procesos de salud/enfermedad. De tal suerte que la salud no es un concepto aislado tiene distintos referentes colectivos que nos permiten actuar y hacer en relación a nuestro bienestar físico, emocional y social.

Es importante explicitar que bajo estos supuestos teóricos la salud se entiende como un espacio del hacer-ser del sujeto, es decir una praxis que en su dimensión colectiva, en el cual convergen una multitud de saberes, prácticas y proyectos; por lo tanto dicho espacio se resignifica constantemente, lo cual supondría una incesante reflexión dando como resultado la posibilidad de procesos de autonomía en el hacer de los sujetos con respecto a su salud. La noción de la salud o las múltiples significaciones que de ella se tienen no se pueden pensar como una construcción acabada, sino más bien como una producción constante de sentidos, mismos que guían la praxis de los sujetos sobre su salud.

Construcción de estrategias metodológicas

Se han referido algunos elementos teóricos que desde la psicología social son indispensables para pensar las formas de intervención; planear y establecer una estrategia metodológica supone un referir constante a la pregunta de investigación, la cual si recordamos se centra en elucidar las significaciones imaginarias sociales de la salud que se construyen a partir de la condición juvenil, es decir ¿cuáles son las significaciones imaginarias sociales de la salud de los jóvenes?

Para dar respuesta a lo planteado fue necesario realizar un trabajo de archivo para reconstruir la génesis social y teórica del concepto de salud, lo cual nos ayudo a comprender cómo se ha construido lo que hemos llamado la institución de la salud, una vez realizado este primer momento de la investigación fue necesario planear una forma de intervención que diera cuenta de los significaciones imaginarias sociales sobre la salud en los jóvenes, para tal propósito se estableció un dispositivo grupal y bajo la premisa de reflexionar sobre diversos temas alrededor de la salud, lo cual dio como resultado una producción discursiva, misma que fue material de análisis.

Se debe hacer mención que el interés de la psicología social que nos ocupa tiene como referentes inmediatos el estudio de las instituciones y los grupos, y es alrededor de este vínculo que me gustaría explicitar la manera en que se pensó el espacio de intervención.

La construcción de estrategias metodológicas suponen como ya mencionó, una serie de elementos a considerar como son el contexto social, cultural, histórico y el análisis de las implicaciones, en este sentido para poder explicitar un terreno de intervención es necesario establecer un encuadre y dispositivo de intervención.

En términos generales se entiende el encuadre como una forma de organizar la intervención, lo cual supone un acuerdo entre las partes, es decir establecer distintos lineamientos que permitirán el desarrollo de la intervención a realizar, se puede acordar la hora de inicio, el tiempo que durará la sesión, el número de sesiones, la modalidad de trabajo; ahora bien, pensando en el proceso de intervención como un continuo inacabado, es importante establecer cuales pueden ser los elementos de análisis del mismo, en este sentido el encuadre se puede pensar más allá de una forma de organización, es aquello que ya está instituido, es decir el encuadre permite la articulación y regulación del dispositivo, "el encuadre es propiamente lo instituido, mientras que los dispositivos comprenden lo instituido, lo instituyente y la institucionalización".²⁶

Ahora bien el dispositivo supone una serie de producciones de sentido que se genera de un proceso continuo "todo dispositivo es histórico, procesual y constructor de efectos y formaciones del campo institucional y grupal"²⁷, en el dispositivo de intervención se entretejen una serie de experiencias colectivas y se encarna la posibilidad del saber; es un espacio atravesado todo el tiempo por

²⁶ J. Rodríguez Nebot, "Dispositivo y encuadre", *En la frontera*, Multiplicidades, Montevideo, 1995, p. 138.

²⁷ *Ibid.* p. 138.

los vínculos, el hacer institucional, en el cual se pone en juego el esquema referencial de los sujetos, "conjunto de experiencias, conocimientos y afectos con los que el individuo piensa y actúa".²⁸

Tanto el encuadre como el dispositivo son espacios de producción discursiva y por tanto de análisis para nuestra investigación. Ya se ha mencionado que se trabajó bajo la modalidad de grupo de reflexión, por lo cual se debe precisar de que forma se entiende dicho dispositivo. Al grupo lo entendemos como un espacio de apertura, en el cual el material grupal se produce a través de los distintos referentes institucionales que lo constituyen, por lo tanto el grupo es un espacio abierto, es un espacio de intercambio, cuestionamiento, negociación constante que permite distintos niveles de interrogación de la institución que lo contiene, en este sentido es importante mencionar que tanto el encuadre como el mismo dispositivo grupal pueden ser cuestionados y cambiados a partir de las negociaciones con los participantes.²⁹

Realizar estas precisiones sobre el encuadre y el dispositivo nos permiten explicitar como hemos armado nuestra estrategia de intervención. En un primer momento se acordó con estudiantes de Licenciatura en Psicología de la UAM-Xochimilco formar un grupo de reflexión bajo la consigna de trabajar sobre su experiencia cotidiana en relación a su salud.

²⁸ E. Pichon-Rivière, *El proceso grupal. Del análisis a la psicología social*, Ediciones Nueva Visión, Colección Psicología Contemporánea, Argentina, 1971, p. 151.

²⁹ Véase R. Manero, "Introducción al análisis institucional" *Tramas*, Revista de psicología. Núm. 1. Departamento de Educación y Comunicación, UAM, Xochimilco, 1990, en este artículo se trabaja de manera extensa estos planteamientos.

Estas sesiones grupales se llevaron a cabo tres veces por cada grupo formado, con una duración de aproximadamente dos horas. En total se formaron seis grupos en un periodo de dos años, aproximadamente se obtuvieron cuarenta horas de grabación, las cuales se transcribieron y se convirtieron en un texto posible de ser analizado. A través de múltiples lecturas sobre el material producido se fueron visibilizando distintos referentes que dieron paso a la construcción de nuestras categorías.³⁰

Ahora bien, con lo que respecta a las categorías de análisis se construyeron a partir del discurso producido en nuestro dispositivo, fueron apareciendo como espacios de reflexión recurrentes, de esta manera se establecieron las siguientes categorías: *El diario hacer, vida cotidiana; la enfermedad y la medicalización de los cuerpos; los espacios de negatricidad y resistencia y las formas de significar la salud*. Es importante mencionar que las categorías planteadas para trabajar en el análisis fueron discutidas y precisadas con los grupos con los que se trabajó, lo cual sirvió para poder establecer desde la voz propia de los jóvenes espacios concretos de discusión sobre las formas en que viven y significan su salud.

³⁰ Véase los trabajos de Margarita Baz "Análisis del discurso grupal: Una propuesta desde la psicología social", *II Foro Departamental de Educación y Comunicación: Psicología*, Depto. de Educación y comunicación, UAM-X, México, 1994 y "Engimas de la subjetividad y análisis de discurso", *Versión 4*, abril, UAM-X, México, 1994.

Una vez explicitado las aproximaciones teóricas y metodológicas que dan sustento al presente trabajo de investigación continuemos nuestro recorrido para comprender como se ha construido las distintas significaciones de la salud en la historia de México, para finalizar dando cuenta de cuales son las significaciones sobre salud que se aprecian en el discurso juvenil.

Los múltiples significados sobre la salud y sus procesos de institucionalización a partir de los modelos médicos en la historia

Los temas sobre la salud y la enfermedad siempre han estado presentes en cualquier sociedad, el ser humano ha dedicado gran parte de su conocimiento para explicar cómo funciona el cuerpo humano, de qué se enferma y cómo se cura. Tratar de definir los modos de representación que se tienen sobre la salud es una tarea compleja, ya que sus significados tendrán siempre como referente nuestro andar en el mundo. En este sentido existen tantas significaciones y saberes sobre la salud como sociedades.

La noción sobre salud, es decir, los conceptos, ideas, imágenes, o bien, representaciones que hemos construido y en las que interviene una "parte sensible y otra más o menos abstracta",³¹ ha ido cambiando a través de la historia; dicho significado está mediado por el avance científico y el acontecer social de las distintas culturas, la producción de los saberes que giran en torno a la noción sobre la salud se construyen en un espacio histórico-temporal y cultural.

Una aproximación simple a la noción sobre la salud es aquella que se puede rastrear a partir del significado de la palabra, por ejemplo: los griegos utilizaron el vocablo *holon*, "el todo", al igual que los árabes *salam*, que significa "la salvación plena tanto en el orden corporal como espiritual"; en latín: *Salus*, y *Salvatio*,

³¹ Para profundizar sobre el concepto de *noción* puede consultarse: M. Halbwachs, *La memoria colectiva y el tiempo*, traducción V. Huici, p. 24. www.uned.es/ca-bergara/ppropias/vhuici/mc.htm

significan "estar en condiciones de poder superar un obstáculo".³² "Otros semantemas vinculados más o menos de cerca con la salud, como por ejemplo, *soteria, Salus, salvus, svastha, whole, Heil, health, salud*, también son derivados de un significado original que pone de manifiesto la indivisibilidad del concepto de salud/salvación... identificándolo con lo que *salva* y lo *sagrado*".³³

Los múltiples significados sobre la salud se han gestado a partir de la diversidad de los contextos sociales, políticos, económicos que han atravesado la noción que nos ocupa. En cada época la sociedad en su conjunto ha tratado de explicar sus acontecimientos cotidianos entre ellos la salud, la cual ha sido entendida como: bienestar físico, equilibrio de fuerzas, bien común o un derecho, ejemplo de ello lo podemos observar en los escritos hipocráticos, los cuales describían al estado de salud como un equilibrio entre los hombres y las influencias ambientales, con el transcurrir del tiempo el pensamiento judeo-cristiano fue asociando la idea de salud-salvación; la salud se fue construyendo como una recompensa que triunfa sobre el mal (la enfermedad), por lo tanto, habría que destruir *los males* que se manifestaban mediante las distintas enfermedades. Se sustituyó la idea de salud como equilibrio entre la naturaleza y el hombre, para construir una noción sobre salud que estaba mediada por otro: un *Dios* que permitía o no la salvación a través de la cura, este desplazamiento sentó las bases en occidente³⁴ para el manejo de

³² A. Pardo, "¿Qué es la salud?", *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, Departamento de Humanidades Biomédicas. Universidad de Navarra, 1997;41(2):4-9. www.unav.es/cdb/dhbapsalud.html

³³ L. Duch, *Antropología de la vida cotidiana, simbolismo y salud*, Editorial Trotta, Madrid, 2002, pp. 313-314.

³⁴ Para el presente estudio nos referimos solo al pensamiento occidental, pero debemos de tomar en cuenta que la construcción social sobre el vínculo salud-enfermedad, salud-bienestar, en otras culturas obedece a formas distintas de pensar y pensarse en el mundo, lo cual se desprende de la experiencia y el quehacer cotidiano.

las enfermedades y su tratamiento. De esta manera, la salud como una condición natural ocupó un segundo plano, ya que al procurarse la cura de las enfermedades, "la salvación", el estado de bienestar físico y saludable poco a poco dejó de ser visible dando pie a la visibilidad de la enfermedad y sus repercusiones a nivel físico y social.

Bajo esta idea judeo-cristiana sobre la salud y la enfermedad se fueron construyendo líneas de pensamiento social y científico, dando como resultado diversos saberes, mismos que han posibilitado la creación de las diferentes significaciones sobre la salud en el devenir de la historia; las cuales se han anclado, reproducido y contextualizado en lo que se ha denominado los modelos médicos.

Es importante mencionar como lo refiere Eduardo Menéndez que desde una perspectiva antropológica, hablar de los modelos, saberes y formas de atención es observar las diferentes maneras en que las sociedades han construido las formas de prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado, lo cual incluye tanto los modelos biomédicos y como aquellos que se construyen desde el saber popular.

*Los conceptos de forma, saber y modelo corresponden a diferentes niveles de abstracción, y son complementarios. En términos esquemáticos, por **saberes** nos referimos a las representaciones y prácticas organizadas como un saber que opera a través de curadores o sujetos y grupos legos. Con **formas** nos referimos a las experiencias utilizadas por sujetos y grupos, y donde el interés está en obtener las trayectorias y experiencias*

*individuales. Y por **modelo** nos referimos a una construcción metodológica que refiere a los saberes tratando de establecer provisionalmente cuáles son sus características y funciones básicas*³⁵.

Para efectos de la presente investigación se ha optado por seguir el concepto de modelo que presenta Menéndez ya que pensamos que al aproximarnos a algunos de los modelos médicos en la historia podemos reconstruir la génesis social y génesis teórica del campo de la salud. Se debe precisar que la génesis teórica y social son dos conceptos de la corriente del Análisis Institucional que han sido trabajados por Savoye, Brohm, Jaillon; para el caso de México son fundamentales las referencias de Roberto Manero y Rafael Reygadas sobre estos conceptos. La génesis social permite reconstruir las condiciones sociales y políticas de aparición de una nueva práctica, puede entenderse como el conjunto de vicisitudes, encargos, demandas, determinaciones y condiciones sociales de posibilidad para la construcción de un nuevo *corpus* teórico. Si bien es un concepto que se desarrolla desde la sociología del conocimiento, la génesis social es similar al planteamiento de la historia externa de las ciencias en Lakatos. La génesis teórica se entiende como un proceso de producción, en el campo de las ideas, de las nociones y conceptos que constituyen un *corpus* teórico. La reconstitución de la génesis teórica permite poner en evidencia la ideología subyacente o manifiesta y las coyunturas presentes históricamente alrededor de un campo de conocimiento. Es, dice Lourau, la historia de las ideas y de la invención de las prácticas científicas. La categoría de génesis

³⁵ E. Menéndez, "Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas", *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud Colectiva*, Lugar editorial, Buenos Aires, 2009. p. 25.

teórica es similar a la historia interna planteada por Lakatos. Para Antoine Savoye "La génesis social se refiere a las condiciones de posibilidad social y política que permiten que una práctica social se invente y se institucionalice. Cuando hablo de práctica social pienso particularmente en la práctica científica".³⁶ La aparición de la sociología, dice, no se explica por la inspiración personal de algunos sabios. "Se explica por lo que sucedía en la sociedad de su época, a saber: la imposibilidad para el gobierno de entonces de responder a la crisis social con los medios que poseía. Frente al enigma que representaban las reivindicaciones obreras y los comportamientos sociales anómicos (desde el punto de vista del poder), el Estado encargó a los "primeros sociólogos" a observar sobre el terreno, de la manera más rigurosa posible, las condiciones de vida y de trabajo de las clases obreras –que era el lugar de emergencia de la crisis social. De esta manera la aproximación que hace el Análisis Institucional del nacimiento de la Sociología, rompe radicalmente con la historia de las ideas."³⁷

Rastrear la génesis social y teórica sobre el campo de la salud a partir de algunos de los distintos modelos médicos en el devenir histórico, nos permitirá reflexionar sobre la construcción de significaciones imaginarias sociales, así como de los procesos de institucionalización que pueden dar cuenta de lo que en nuestra cotidianidad entendemos sobre la noción de la salud.

³⁶ Véase A. Savoye, A. *Del pasado, hagamos el análisis. El procesamiento de la historia*. Conferencia impartida en la UAM X. Traducción Roberto Manero y P. Casanova, "La psicología social de intervención", Soto et. al. (comp.) *La Sociedad Intervenida*, UAM-X, México, 2000, p. 159-160.

³⁷ R. Lourau, *Introducción al Análisis Institucional*. Curso dictado en la UAM, X., Documento Inédito, Traducción: Roberto Manero, Enero 1989.

La producción de significaciones alrededor de la salud

Entender a qué se le llama salud, o cómo se asume o comprende el significado de la misma en el tiempo y en un contexto social e histórico determinado es una tarea un tanto compleja, ya que implica hablar de nuestra vida en lo cotidiano, y centrar la mirada en múltiples referencias: culturales, sociales, políticas, temporales, históricas, económicas, además de que supone un ejercicio de reflexión en torno a nuestras familias, nuestros trabajos, nuestras diversiones, las personas que nos rodean y al final también detener la mirada en nosotros. Como sujetos estamos contruidos mediante experiencias, saberes, ideas, sentimientos, emociones y también somos indiscutiblemente biología, somos un espacio en el cual se dan procesos bioquímicos, que se presentan en un territorio: nuestro cuerpo. El ser biológico y el ser social son una conjunción indisoluble del sujeto, que en el campo histórico-social se concretiza y da sentido a los saberes que se producen alrededor del campo de la salud.

Si bien existe una separación entre lo que se conoce por naturaleza, en el sentido de los procesos biológicos en los sujetos y aquello que se comprende por lo social, es importante entender que la separación no es tajante, todo acto humano está íntimamente ligado a un acto natural, *"..... cuando nuestra vida se prolonga o se acorta porque nuestros órganos funcionan bien o no, cuando nuestro bienestar está asegurado de antemano o, en cambio, es inevitable la agresión de las enfermedades; cuando nos acosan el hambre y la sed y comemos y bebemos, es la Naturaleza quien gobierna nuestra vida y decide, en gran parte,*

nuestras actividades".³⁸ Aquello que ha separado a los hombres y a la naturaleza es la construcción de la ciencia, ya que cada disciplina se ha preocupado por percibir su campo de estudio como un objeto aislado, de tal suerte que la especificidad de la ciencia a partir de la construcción de especialidades científicas da cuenta, como señala Norbert Elias, de dos culturas, una representada por las ciencias naturales y su aplicación, y la otra por las ciencias sociales o humanas, y el mundo del arte y la literatura, es decir la "cultura".³⁹

Señalar la distinción entre estas "dos culturas" nos da la posibilidad de entender cómo se ha producido a través de los discursos (natural y social) un saber que ha posibilitado las formas de significar y entender el campo de la salud. La producción de los saberes o nuestros saberes son una serie de experiencias acumuladas, que dan sentido a nuestro diario acontecer, lo cual permite que los hombres reinventen constantemente su estar en la sociedad, construyendo proyectos sociales, económicos, ideológicos, los cuales se transforman y se interrelacionan entre sí mediante el quehacer cotidiano. El actuar del hombre, su praxis, tiene como resultado una incidencia directa en su contexto histórico-social, lo cual se traduce en un movimiento que permite la creación y reconstrucción de las instituciones que conforman su sociedad. En palabras de Rafael Reygadas, esto quiere decir que *en toda sociedad hay un mínimo compartido, a partir del cual se puede imaginar lo diferente.*

³⁸ E. Barrantes, *Entorno a la naturaleza, la sociedad y la cultura*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Fondo Editorial, Perú. 1998, p.12.

³⁹ N. Elias, *Sobre el tiempo*, Fondo de Cultura Económica, México, 2010, pp. 106-107.

De acuerdo con Castoriadis, existen en la sociedad dos dimensiones: la conjuntista-identitaria, en la cual la sociedad opera a partir de aquello que está determinado, lo que se encuentra y tiene una lógica-matemática de los conjuntos: *elementos, clases, propiedades, relaciones, todo lo cual es establecido de manera bien distinta y bien definida y la imaginaria, que se sustenta en la significación. Las significaciones, dice este autor, pueden ser localizadas, pero no están plenamente determinadas.*⁴⁰

Poco notamos estas formas de producción de saberes porque se fragmentan, se confunden e incluso se inscriben de manera pausada e invisible en nosotros. Los saberes en una sociedad fluyen de manera constante, produciendo un entretejido simbólico, en el cual los símbolos y los mitos se constituyen como ejes fundantes del imaginario. El saber supone en sí mismo un imaginario en un contexto socio-histórico y político.

El imaginario va más allá de las imágenes, no es un imaginario especular, es un imaginario que es creación, aquel que se vale de la red simbólica para crear todo el tiempo. Tal y como anota Rafael Reygadas, el imaginario en Castoriadis es un concepto hermenéutico, explicativo, no operatorio: "La institución de la sociedad es cada vez institución de un magma de significaciones, que sólo es posible dentro de y por su instrumentación en dos instituciones fundamentales, que hacen ser una institución identitaria-conjuntista de lo que es para la sociedad. La institución instrumental del *legein* es institución de condiciones identitarias-

⁴⁰ Véase C. Castoriadis, *Una Sociedad a la deriva: Entrevistas y debates, (1974-1997)*, Katz, Buenos Aires, 2006, p.84.

conjuntistas del representar/decir social. La institución instrumental del *teukhein* es institución de condiciones identitarias-conjuntistas del hacer social [...] Las dos se implican recíprocamente [...] Las dos son creaciones absolutas del imaginario social; pueden ser pensadas como "extraídas" del magma de significaciones instituidas, con la condición de recordar que es mediando el *legein* y el *teukhein* como ese magma puede ser, y para la sociedad considerada".⁴¹ De este modo, Castoriadis refiere lo imaginario como creación incesante y esencialmente *indeterminada*, (socio-histórico y psíquico) de figuras, forma e imágenes, a partir de las cuales solamente puede tratarse de *alguna cosa*. Lo que llamamos *realidad* y *racionalidad* son obras de ello.⁴²

Si bien *el imaginario* es la capacidad de creación en las sociedades, supone una red simbólica, en la cual se ha construido una serie de referentes culturales e históricos que permiten acceder a contextos específicos de una sociedad, no podemos acceder al imaginario en abstracto, por tanto necesitamos de los símbolos y mitos, como referentes estructurales que permiten entender la creación del imaginario social. Para Pierre Ansart, "El mito no es exactamente una creencia y aún menos un acto de fe, sino que constituye la experiencia cotidiana, el imaginario vivido, el modo de relación de los hombres consigo mismo, con el mundo y con los otros".⁴³

⁴¹ R. Reygadas, *Abriendo Veredas. Convergencia de Organismos Civiles por la Democracia*, editor Convergencia de Organismos Civiles por la Democracia, México, México, 1998, p. 67.

⁴² C. Castoriadis, *La institución imaginaria de la sociedad I*, Tusquets Editores, Barcelona, 1983, p. 10.

⁴³ P. Ansart, "Ideología, conflicto y poder", Colombo, E. *El imaginario social*. Nordan-Comunidad, Argentina, 1993, p. 95.

“El relato mítico proporciona la red de significaciones mediante la cual se piensa y se explica el orden del mundo en su totalidad; con el relato de los orígenes, el mundo físico encuentra su razón de ser y sus designaciones; los avatares de los héroes explican la distribución de seres y cosas. [...] Asimismo las estructuras simbólicas dispuestas por los relatos míticos (el ying y el yang, el padre y el hijo, lo puro y lo impuro, el oro, la plata y el bronce) ordenan un sistema de pensamiento, trazan la pauta interpretativa que permitirá, por proyección, repensar y ordenar todos los fenómenos.”⁴⁴

Los símbolos son aquellas formas que se utilizan en el ámbito de lo social para representar distintas ideas, por sí mismos no significan nada, adquieren sentido, en la medida en que por medio de la cultura, les asignamos un significado, lo que creemos se piensa alrededor de él, a partir del entretelado de distintos símbolos y significados construimos redes simbólicas, es decir, diversos saberes y formas de acceder al mundo. Castoriadis apunta que *todo simbolismo se edifica sobre las ruinas de los edificios simbólicos precedentes, y utiliza sus materiales..... la construcción del simbolismo en la vida social e histórica real no tiene relación alguna con las definiciones cerradas y transparentes de los símbolos a lo largo de una obra matemática...*⁴⁵, por lo tanto, todo el tiempo se recrea y se resignifica el universo simbólico. Si nos diéramos a la tarea de llevar a cabo una especie de fotomontaje de nuestro estar en el

⁴⁴ P. Ansart, “Ideologías, conflictos y poder”, *op. cit.*, p. 97. En palabras de Vallverdú, podríamos señalar que “Mediante los símbolos (materiales y visibles) el hombre ha intentado siempre representar sus ideas (invisibles) y comunicarlas más allá de las limitaciones del lenguaje.” J. Vallverdú, *Antropología simbólica. Teoría y etnografía sobre religión, simbolismo y ritual*, Editorial UOC, Barcelona, 2008, p. 36.

⁴⁵ C. Castoriadis, C. (1983). *La institución imaginaria de la sociedad I*, *op. cit.*, p. 209.

mundo y realizar un recorrido por nuestra historia podríamos darnos cuenta de cómo nuestros actos producen un saber mediante los cuales se generan un sin fin de símbolos, lo que permite la emergencia de redes simbólicas que dan significado y permiten un constante cambio en las sociedades.

Ya hemos mencionado que los acontecimientos sociales tienen un desarrollo, una dimensión histórica a través del hacer de los sujetos que participan en ellos, se establece una dimensión imaginaria misma que se enmarca en el devenir de la vida cotidiana, produciendo relatos míticos, con lo cual se ordena y resignifican constantemente el hacer social de los sujetos, a través de ellos se entretajan las formas en que se vive el mundo, estos relatos nos proporcionan identidad y establecen espacios de construcción simbólica en la vida cotidiana, con lo cual se permite la resignificación de aquello que se vive, en este caso la relación hombre-salud y los procesos de salud-enfermedad.

Para Castoriadis cada sociedad es un sistema de interpretación del mundo, por lo que existe en el orden del imaginario una creación constante de la sociedad. *La dimensión imaginaria de la sociedad remite siempre a una significación. Las significaciones pueden ser localizadas, pero no están plenamente determinadas. Están indefinidamente vinculadas unas con otras mediante un modo de relación que es la remisión. La significación "Doctor" nos remite a la significación "medicina".*⁴⁶ Ahora bien, las significaciones imaginarias sociales son localizadas ya que aparecen en un contexto histórico-social, pero no son plenamente

⁴⁶ Véase C. Castoriadis, *Una Sociedad a la deriva: Entrevistas y debates. (1974-1997)*, op. cit., p. 84. En el texto original se señala la significación "sacerdote" me remite a la significación "religión".

determinadas pues se crean a partir del referente social, es decir las significaciones imaginarias sociales son producciones de sentido que organizan la vida social de los sujetos en un espacio-tiempo determinado.

La sociedad en su conjunto crea constantemente diferentes significaciones imaginarias sociales sobre la salud, (llamadas imaginarias, ya que no se construyen lógicamente, no son racionales ni reales, y sociales porque se comparten por un colectivo anónimo: la sociedad).⁴⁷ Dichas significaciones se enmarcan en torno a los saberes prácticos y científicos, estos saberes sobre nuestra salud se traducen en hábitos, actitudes, prácticas, relaciones, valores, normas, mitos, en fin en una serie de producciones de sentido que organizan y dan cohesión a lo que podemos nombrar la institución de la salud.

La institución de la salud: construcción de diversos modelos de médicos en la historia.

En la historia de la ciencia la noción sobre salud ha sido construida de distintas maneras, en el marco de nuestra investigación ubicaremos a la salud, como una institución, es decir un espacio en el cual se regula, se establece un orden simbólico que va perfilando normas y valores en los sujetos, inscribiendo diversas formas de significar aquello que las personas entienden por salud, enfermedad, cura, atención, etc.

⁴⁷ *Ibid.* p. 79

El concepto sobre institución se puede definir como las normas, los valores, el lenguaje, es decir, todo aquello que da sentido a los sujetos. *"es el proceso mediante el cual nacen las fuerzas instituyentes que a menudo, terminan por construir formas sociales codificadas, fijadas e instituidas jurídicamente"*.⁴⁸ Lourau refiere que las instituciones son espacios singulares, los cuales tienen firmemente codificados en un sistema simbólico sus modalidades de ingreso (de pertenencia) y de egreso (exclusión), pero no por ello estáticas, si consideramos a las instituciones como un proceso, el cual se determina por tres momentos: la universalidad (instituido), la particularidad (instituyente) y la singularidad (institucionalización).⁴⁹

"Ayudado por una simplificación de la lógica hegeliana, Lourau realizó un intento de mostrar a la institución en su dinámica, a través de momentos de un proceso en el cual movimiento e institución aparecen confundidos, en el sentido más estricto del término, en una forma social visible:

-Momento universal, positivo instituido o ideológico de la institución, que se constituye como lo que ya está allí de la institución, lo ya instituido, el sistema de normas y objetivos universales que sostiene y que la sostienen. La "carta de la institución", como ésta se presenta, su razón de ser, constituyen este momento.

-Momento particular, negativo, instituyente o libidinal de la institución, que es el momento de la institución que nos habla de

⁴⁸ R. Lourau, *El Estado y el inconsciente. Ensayo de sociología Política*, editorial Kairós, Barcelona, 1980, p.73.

⁴⁹ *Ibid.* p.79.

la negatividad actuante, de cómo toda verdad universal deja de serlo cuando se particulariza, que expresa la multiplicidad de demandas de la base social de la institución, que manifiesta cómo ésta no se encuentra unida por el consenso, sino por una multiplicidad infinita de factores que rebasan la mera ideología.

- Momento singular, de unidad negativa, de institucionalización u organizacional de la institución, que nos habla del movimiento necesario para absorber, al interior de las prácticas dominantes, la acción de lo negativo, de los desviantes que manifiestan otros posibles; momento en que la institución a través de la organización, mantiene el predominio de un proyecto o de un movimiento sobre todos los otros posibles.”⁵⁰

En este sentido, pensar la salud en su carácter de institución nos permite reflexionar sobre las maneras en que se inscribe, se significa, se simbolizan las normas, los valores, los referentes políticos, económicos, históricos alrededor de lo que socialmente se ha construido como la salud, es decir, desde los procesos de salud/enfermedad/atención pasando por el hospital, la práctica médica y las políticas en salud.

La institución de la salud en su carácter universal se piensa como un todo, la salud debe ser por orden biológico y social un estado *sine qua non*, es decir todos tenemos salud. Somos sujetos de la salud en función que podemos aspirar a ingresar a toda la estructura social, científica, económica, y política que refiere y construye un estado de salud en los sujetos. El significado singular de la institución de la salud se refiere a aquello que es, a

⁵⁰ R. Manero, “Introducción al análisis institucional”, *op. cit.* pp. 153-154.

las formas visibles de las prácticas de la salud, las formas de atención sobre las enfermedades, las políticas públicas que se generan al respecto. Y el significado particular de la institución se refiere al acto de instituir, de fundar, de modificar el sistema instituido, lo cual se observa a través de las diversas formas de atención a la salud o los diversos modelos médicos a lo largo de la historia.⁵¹ Así las cosas, las instituciones siempre están en proceso de cambio, y a través de sus componentes (uno funcional y el otro imaginario) se construye un orden simbólico que se inscribe en los sujetos a partir de su devenir histórico.

El referirnos a la salud como institución nos otorga la posibilidad de reflexionar sobre la producción de saberes que se construyen en torno a los procesos de salud, salud/atención, salud/enfermedad/atención, y permite hacer visibles las significaciones imaginarias sociales que se han construido alrededor de la misma, para comprender como se ha vinculado en el tiempo con otras instituciones sean del orden de lo familiar, escolar, religioso o médico, entre muchas otras.

Podemos pensar entonces que de la significaciones imaginarias sociales de la salud se deriva todo el campo de la institución médica, las formas en que se han construido estas significaciones sobre la salud en un contexto histórico social determinado ha generado según distintas épocas las diversos procesos de institucionalización de la salud, mismas que se han resignificado en el devenir social y científico del campo médico. La institución de la salud, como red simbólica ha generado una serie de símbolos y mitos alrededor del ser saludable o de tener salud, los

⁵¹ Véase R. Lourau, *El análisis institucional*, Amorrortu editores, Argentina., 1994, p. 34.

cuales se han repensando en el transcurrir del tiempo, organizándose y reorganizándose a través del quehacer social, y se han instrumentado en lo que conocemos como *los modelos médicos*, los cuales explicitan las maneras como se han comprendido y atendido tanto la salud, la enfermedad así como los procesos salud/enfermedad/atención, mismos que deben de ser entendidos desde una perspectiva relacional, recuperando procesos históricos, considerando que en el campo socio-cultural se establecen relaciones de hegemonía y subordinación.⁵²

Los modelos médicos se pueden definir como una construcción metodológica de los diversos saberes científicos que se han producido sobre la salud. Estos saberes si bien tienen un origen científico se van mezclando con otros discursos como los económicos y políticos. Se puede pensar que los modelos médicos funcionan como dispositivos de control sobre la salud de la población, ya que se generan alrededor de ellos saberes hegemónicos que marcan la pauta de cómo se debe entender, vivir y pensar la salud, es importante observar que a través de los modelos médicos se construye un saber de la salud que se resignifica en el hacer cotidiano de los sujetos, ya que este saber científico se mezcla con un saber popular.

A lo largo de la historia han existido diversos *modelos médicos*, y por lo mismo las formas de construir la noción sobre salud varía a partir del momento histórico, político o económico y de nuestro entorno cultural, debido a estos referentes significamos la salud, la enfermedad, o la cura. Comprender los modelos médicos en la

⁵² Véase E. L. Menéndez "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", *Ciênc. saúde coletiva*, Vol.8, Núm.1, Rio de Janeiro, 2003, Versión electrónica en: Scielo Public Health.

historia de México, nos da pauta para estudiar cómo los sujetos niños, jóvenes, adultos y ancianos han construido distintas formas de entender los padecimientos físicos, emocionales o mentales, en contextos socioculturales determinados, por lo tanto reconstruir la génesis social y teórica sobre el tema que nos ocupa tiene por objetivo registrar en la línea del tiempo como se han pensado los procesos de salud/enfermedad/atención. El relato que seguiremos lo hemos organizado en tres partes esencialmente: el México antiguo, el periodo de conquista, y la institucionalización de los modelos médicos a través de lo que se ha llamado sistema de salud.⁵³

El México de ayer y la cosmovisión de la salud.

Recordemos que antes de la conquista las culturas prehispánicas construyeron formas distintas de entender su relación con la naturaleza. La relación entre el hombre y su salud implicaba una cosmovisión del mundo distante a la que hoy conocemos, alrededor de cada cultura existían distintas formas de mirar y observar tanto a la salud como a los procesos de salud-enfermedad, se pensaba en un equilibrio permanente, entre tierra y cielo, frío y caliente, veían al cuerpo humano como un microcosmos que reflejaba el universo perteneciente a distintos ciclos de la vida, y creían en un universo tripartita, cielo, tierra e inframundo.⁵⁴

⁵³ Es importante distinguir entre modelo y sistema de salud. Por Sistema de Salud entendemos las formas de organización estatales en que se han estructurado las diferentes servicios de salud.

⁵⁴ Véase. B. Ortiz de Montellano, "Medicina y salud en Mesoamérica", *Arqueología Mexicana*, Vol. XIII. Núm. 74, julio-agosto 2005, pp. 34-35.

En las culturas prehispánicas tener un buen estado de salud y no enfermarse implicaba encontrar un punto medio; era una cuestión de equilibrio, de moderación y de cumplir con las obligaciones en relación con el cuerpo, la sociedad y los dioses.⁵⁵

En general en las sociedades prehispánicas se encuentran tres modos de explicar el binomio salud-enfermedad: el modelo médico personalista, el naturalista y la forma de curación, el primero consideraba que las enfermedades eran causadas por un agente externo, un Dios, un fantasma, espíritu o un brujo o chamán, en el modelo naturalista la enfermedad se originaba por causas naturales: accidentes, frío, lluvia, comida, etc. Y el tercer modelo consideraba que se debería curar la enfermedad teniendo en cuenta cómo se adquirió. Por ejemplo, si se tenía fiebre, los aztecas pensaban que provenía de la "flema caliente en el pecho", la cual se tendría que expulsar mediante el vómito, una diaforesis o la diuresis⁵⁶, estos modelos se encontraban mezclados y según la región podía predominar alguno sobre otro, pero nunca se sustentaba la relación hombre-salud a partir de uno solo.

El saber sobre la salud estaba construido a través de reconocer el entorno (la naturaleza), el cuerpo físico y la influencia de los Dioses, se pensaba que la salud estaba relacionada con un equilibrio constante entre las personas y su comunidad. Podemos decir que las significaciones imaginarias sociales prehispánicas sobre la salud se sustentaban en un respeto a la naturaleza y al ser humano. Un aspecto importante del planteamiento de los

⁵⁵ Dossier: "Salud y enfermedad en el México prehispánico", *Arqueología Mexicana*, Revista bimestral, Vol. XIII, Núm. 74, Julio-Agosto 2005.

⁵⁶ B. Ortiz de Montellano, "Medicina y Salud en Mesoamérica", *op. cit.*, p.34.

Diaforesis término médico para referirse a una excesiva sudoración, diuresis excreción excesiva de orina.

modelos médicos se refiere a los distintos modos que se pueden observar para enfrentar a la cura de las enfermedades. Para este caso, algunos estudios antropológicos muestran que los padecimientos más frecuentes eran atribuidos a causas mágico-religiosas, *el susto* por ejemplo, era significado como un padecimiento que si bien no se sabía qué lo ocasionaba podía estar relacionado con la visión de un fantasma o algún espíritu maligno; se perdía el *Tonalli*, ocasionando locura. Es interesante observar como con el transcurrir del tiempo en algunas comunidades de nuestro país lo que se ha conocido como el padecimiento del susto se ha resignificado, produciendo una serie de sentidos, interpretaciones y experiencias respecto a esta "enfermedad"; a mediados de los años setenta en la sierra de Puebla *el susto* era una enfermedad propia de los niños, biológicamente correspondía a una parasitosis severa.⁵⁷ Aún en la actualidad en las comunidades indígenas *el susto* sigue siendo una enfermedad que se adquiere de repente ante un evento violento o poco esperado y afecta el actuar cotidiano, el sujeto enfermo padece falta de ánimo, flojera, falta de apetito, sueño en exceso, se manifiestan algunos síntomas de lo que clínicamente se puede llamar depresión. De acuerdo con Roberto Castro "A pesar de las variaciones culturales, existe un consenso básico en el sentido de que los principales síntomas que presentan aquellos que padecen de *susto* son, en el ámbito físico, debilidad somnolencia, pérdida de apetito, fiebre y diarrea; y en el ámbito emocional, depresión y vacilación." Este mismo autor señala que son múltiples los intentos por explicar el padecimiento del *susto*; en algunos casos éste se vuelve un equivalente de las

⁵⁷ Véase C. Viesca, "Las enfermedades en Mesoamérica": *Arqueología Mexicana*, Revista bimestral, Vol. XIII, Núm. 74, julio-Agosto, 2005, p.38.

enfermedades caracterizadas por la medicina moderna y en otros el susto es relacionado con estados emocionales asociados a la pérdida y el duelo, y una vertiente más subrayará que el susto no puede ser reducido a categorías médico occidentales y sugieren que sólo puede entenderse como fenómeno dentro del contexto cultural de los individuos afectados.⁵⁸

Otras enfermedades que se padecían en el México prehispánico eran las asociadas con el parto, en general se presentaban infecciones después de nacimiento de los pequeños, por las cuales las mujeres tenían fiebres muy altas y convulsiones, también existen registros de la incapacidad física de la madre para que el niño naciera, es importante observar la fusión entre lo místico y religioso, en el cual se daba un sentido a la muerte de la madre en el momento del parto. “La *cihuateteo*, los espíritus de las mujeres muertas durante su primer parto acompañaban al sol en su descenso y podían enfermar a los convalecientes y a los niños pequeños les quitaban su belleza”.⁵⁹

Las enfermedades que padecían los niños eran generalmente diarreas, fiebres, enfermedades del sistema respiratorio y dificultad para amamantarse, el cuidado de los niños estaba estrechamente ligado al actuar de los padres, era costumbre tener tinajas de agua en las casas para poder dar de beber a los niños, en caso de enfermedad grave en algún niño de la casa se observaba el agua de la tinaja y si ésta no era cristalina se acusaba a los padres de descuido.

⁵⁸ R. Castro, *La vida en la diversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*, CRIM-UNAM, México, 2002, p. 306.

⁵⁹ C. Viesca, “Las enfermedades en Mesoamérica” *op. cit.*, p. 39.

Algunos padecimientos comunes entre la población joven eran las fracturas y traumatismos, esto se debía a las prácticas militares, no es raro encontrar en los estudios antropológicos reportes de un sin fin de tratamientos al respecto. La artritis era una enfermedad recurrente entre los antiguos pobladores mexicas, generalmente asociada al desgaste propio del hueso. Con respecto a las enfermedades infecciosas se han encontrado algunos registros sobre el tratamiento de tuberculosis y sífilis. Es muy importante mencionar que en este marco de referencia las enfermedades no eran experimentadas como un peligro o amenaza para las sociedades, ya que al no existir epidemias o padecimientos sin control, se mantenía un equilibrio en la situación de la salud.

A partir del descubrimiento de América y de la fundación de la Nueva España se dio paso a la construcción de una nueva composición social, política, económica, y de gobierno; el choque cultural de dos mundos originó nuevos significados en todos los ámbitos de la vida cotidiana, de esta manera la cosmovisión indígena sobre la salud y la enfermedad poco a poco se fueron mezclando con el pensamiento europeo, dando como resultado una nueva construcción social al respecto. Este proceso de transculturación tomó tiempo, ejemplo de ello fue la ciudad de Tlatelolco, la cual se mantuvo como ciudad indígena aproximadamente hasta 1580, hecho que permitió que se ejerciera públicamente la medicina indígena, ya que para los españoles la naturaleza de los indígenas era distinta a la suya y consideraron que los remedios indígenas curaban mejor a los nativos.⁶⁰

⁶⁰ C. Viesca, "La medicina novohispana" Aréchiga, H. Y Benítez Bribiesca, L (Coord.), *Un siglo de Ciencias de la Salud en México*, FCE, México, 2000, p. 57.

Durante la conquista no sólo se observaron cambios sociales importantes, sino también de salud, se registraron tres grandes epidemias las dos primeras de viruela y la última de sarampión, estos hechos transformaron de manera importante las formas de entender la salud y la enfermedad, en esta etapa de la historia durante el siglo XVI (1520-1521, 1545-1548 y 1576-1581) el número de muertos fue impresionante, *"la población de la Nueva España, que se estimaba en 1519, entre 18 a 30 millones de personas, se había reducido a 1.4 millones en 1600, en menos de un siglo entre 78 y 95% de los indígenas habían muerto"*.⁶¹

A partir de estas experiencias y junto con la mezcla cultural entre la población en la Nueva España, se comenzaron a construir nuevos modelos médicos, originando discursos, en los cuales se atravesaban los saberes del México prehispánico y la Europa del siglo XVI, dando lugar a la creación de los modelos médicos hegemónicos (MMH), que se pueden entender como un conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, la cual se legitimó a través del poder político.⁶² El establecimiento del MMH pretendía excluir las formas de pensar la enfermedad y la salud que se habían construido en el modelo médico indígena, sin embargo debido al proceso transcultural se fue dando paso a la creación de nuevas significaciones imaginarias sociales entorno a la noción sobre la salud.

⁶¹ Epidemia en México: dejemos de comportarnos como si fuera la primera vez, <http://www.arts-history.mx/blogs/index>.

⁶² Menéndez menciona que desde fines del siglo XVIII este modelo a ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por los criterios científicos como por el Estado. Menéndez, Eduardo, (1990), *Morir de Alcohol: Saber y hegemonía médica*, CONACULTA/Alianza Editorial Mexicana, México, pp. 83-84.

Es importante mencionar que más que el conocimiento que hasta ese momento se consideraba científico el cual podría ser propagado por los médicos españoles, las instituciones religiosas tuvieron una influencia importante en la construcción de estos nuevos saberes y del sincretismo cultural, a través de las prácticas cotidianas se empezaron a mezclar el pensamiento judeo-cristiano y el pensamiento prehispánico, lo cual generó en el transcurrir del tiempo un nuevo modelo médico que dio como resultado la separación la idea del sujeto y su relación con el cosmos y fue construyéndose el significado de la enfermedad como un mal, un castigo.

A partir del surgimiento del hospital,⁶³ muchos de ellos establecidos en los conventos, se dio origen la idea de contención de los cuerpos, de aislamiento, y de la cura, poco a poco la noción indígena de la salud y el ser saludables se perdió para dar paso a la construcción social de la enfermedad. La idea cristiana de salud/salvación se fue instalando dando paso a la creación de nuevas significaciones imaginarias sociales con respecto a la salud. La noción sobre la salud se fue desplazando, la cosmovisión indígena se trastocó y se atendió la idea de la cura, la enfermedad como castigo divino y el poco entendimiento sobre la misma fue cerrando y construyendo una mirada sobre la atención ya no a lo saludable, sino a la enfermedad.

⁶³ Los hospitales que se fundaron en siglo XVI si bien funcionaron como hospedaje al mismo tiempo de dar asistencia a los indigentes y huérfanos, fueron pilares del adoctrinamiento cristiano, y sentaron las bases del modelo asistencial.

Los nuevos paradigmas sobre el tratamiento de salud-enfermedad.

El desplazamiento de las ideas prehispánicas sobre la salud fue originando en el acontecer cotidiano nuevas asociaciones con respecto a la cura, a la enfermedad, con lo cual se generaron nuevos mitos, y construcciones de sentido con respecto al estar enfermo y al estar saludable.

En las colonias españolas, y en específico en la Nueva España el desarrollo intelectual y científico estaba mediado por la influencia de la Corona Española y la iglesia, como era de esperarse los avances de la medicina se guiaron por el conocimiento científico que se estaba gestando en el viejo continente. Es importante apuntar que la situación de este país estaba rezagada con respecto al resto de Europa, ya que España entró un siglo después al movimiento de la ilustración. "Mientras Galileo y Newton fundaban la nueva física, y Harvey sentaba las bases del método experimental, en España imperaba la escolástica y se enseñoreaba la Inquisición. No es sino hasta el siglo XVIII cuando los vientos de la ilustración llegan a España y sus colonias".⁶⁴

Durante los dos siglos posteriores al descubrimiento del continente americano la influencia de la iglesia Católica fue indispensable para la construcción de las colonias, se asumía una forma de control y de borramiento de los otros, entendiéndose por los otros a los indígenas y población negra. En general la población

⁶⁴ Aréchiga, H. Y Benítez Bribiesca, L. (Coord.), *Un siglo de Ciencias de la Salud en México*, FCE, México, 2000, p. 17.

se encontraba en condiciones poco favorecedoras, con el tiempo se fue haciendo patente la diferencia de castas y de posición económica; aunado a estas condiciones, las epidemias seguían siendo un factor decisivo en las formas en que se construía la noción sobre la salud.

En el siglo XVII se registraron epidemias muy localizadas como la peste en Michoacán en 1621 o en Guadalajara en 1668. En el siglo XVIII la información con respecto a las epidemias es más precisa se pueden encontrar registros de periodistas de la época. Por ejemplo, En la Gaceta de México, Castorena y Ursúa relatan: "durante la epidemia de 1737 se veían en las esquinas y puertas de los templos tantos muertos no haciendo mención de los pequeños que eran innumerables que en muchos se hallaron precisados a darle sepultura en los patios y lonjas".⁶⁵

A finales del siglo XVII y principios del XVIII se presentó según los historiadores la última epidemia de viruela antes de la introducción de la vacuna.⁶⁶ Es importante mencionar que la vacuna contra la viruela fue traída de España, por el Dr. Balmis en una expedición que realizó en el año de 1803, en la cual se inoculó a 22 niños huérfanos a través de los cuales se transportó la vacuna. Este hecho es importante porque marcó el inicio de un modelo científico de atención a la salud. Podríamos pensarlo como un analizador histórico que con el tipo fue prefigurando la visión de sujeto-objeto en el hacer médico.

⁶⁵ M. Rodríguez Álvarez, *Usos y costumbres funeraria en la Nueva España*, El Colegio de Michoacán, El Colegio Mexiquense, Zamora, Mich. 2001, p. 179.

⁶⁶ *Ibid.*, pp. 181-182.

Ante las condiciones tan desastrosas de salubridad e higiene en la Nueva España se establecieron tres instituciones que normaron el quehacer científico sobre la salud y la enfermedad: La Real y Pontificia Universidad, El Real Colegio de Cirugía y el Protomedicato, mismas que permitieron dentro del orden institucional la construcción social de la salud y la enfermedad para el siglo XVIII. Estas instituciones reglamentaron el orden científico del tratamiento sobre la enfermedad, tratando de hacer a un lado el conocimiento indígena sobre la salud; por consecuencia se fue trasformando la noción de la salud entendida como un equilibrio en relación a un todo, el estar saludable ya no implicaba el *estar sano*, sino más bien se enfocaba en *no estar enfermo*.

Con la intervención de iglesia católica y el establecimiento instituciones de reglamentación sobre la ciencia, que en ese momento se ocupaba de los procesos de salud-enfermedad, se produjeron nuevas significaciones imaginarias sociales, que fueron construyendo el sujeto de la medicina en el ámbito de lo cotidiano; los conocimientos “populares” derivados de una relación mucho más directa entre los sujetos y su entorno se mezclaron con el saber científico produciendo nuevos saberes al respecto. Desde estos espacios de conocimiento y a través de las prácticas religiosas en torno a la salud, mismas que se materializaban en los hospitales, se generó el modelo médico de la asistencia.

Con el pasar del tiempo el modelo médico de la asistencia se fue nutriendo con los avances técnicos y científicos de la época, a

partir del descubrimiento de la etiología de las enfermedades,⁶⁷ la idea del *contagium vivum*⁶⁸ adquirió fuerza, lo cual marcó de manera definitiva las producciones de sentido entorno a la enfermedad; desde la lógica científica se desplazó totalmente la idea del sujeto y su relación con el cosmos y la naturaleza, así como con lo sagrado e incluso la idea del mal en la enfermedad, bajo esta óptica se construyó el espacio de la enfermedad en la atención médica.

Se inició una búsqueda incesante por preservar la salud individual y colectiva mediante la ausencia de las enfermedades, por lo cual se produjo una prolongada y persuasiva campaña pública a favor de procurar condiciones higiénicas. En México al igual que en otras naciones del continente americano, esa campaña recibió un fuerte impulso durante las últimas décadas del siglo XVIII, de acuerdo con la teoría de la policía médica de Johann Peter Frank,⁶⁹ se empezó a visualizar la importancia de tener una población sana y productiva. Una de las principales preocupaciones era poder combatir las epidemias que existían. Si bien el periodo entre 1810-1910 fue crucial para la historia de México ya que se gestaron la lucha por la Independencia y la Revolución Mexicana, las condiciones políticas, económicas y sociales de la población eran para la mayoría de los mexicanos deplorables, por lo cual no es difícil de imaginar que las

⁶⁷ Recordemos que en 1865 Pasteur descubrió que existían agentes externos que generaban ciertas enfermedades, con lo cual fundamentó su teoría germinal de las enfermedades. Entre 1882 y 1883 Koch identificó el bacilo de la tuberculosis y el del cólera.

⁶⁸ La idea de que la enfermedad es causada por un *Contagium Vivum* (contagio viviente) se difundió en la Edad Media, ya que en esta época se aislaban a los enfermos. Véase F. E. Martínez. Cepero, "Generales de higiene y epidemiología" *Enfermería familiar y social*, Colectivo de autores, Editorial Ciencias médicas, La Habana, 2004, p. 494. www.cepjunin.com/biblio%20/completo_enfermeria.pdf

⁶⁹ C. Agostoni, "Enfermedad y persistencia de la medicina doméstica (1810-1910)" en: A. Meyer, (Coord), (2007), *México en tres momentos 1810-1910-2010*, Tomo I, UNAM, México, 2007, p. 77.

condiciones de salud eran realmente precarias, existía una gran insalubridad. Epidemias como la viruela, sarampión, tifoidea, seguían siendo una gran preocupación ya que la población moría a causa de este tipo de enfermedades, en 1810 se registró uno de los últimos brotes epidémicos de la viruela. Claudia Agostoni refiere que entre 1810 y 1910 diversos historiadores han señalado que de manera pausada y de la mano del proceso de consolidación estatal fue posible una amplia y detallada reglamentación del ámbito de la salud, mediante la emisión de códigos sanitarios y de innumerables reglamentos referentes a la práctica médica y a la política sanitaria.⁷⁰

Aunque se realizaban esfuerzos por contrarrestar las enfermedades y grandes epidemias, el proceso era muy lento. Los hospitales eran los lugares de enseñanza por excelencia de los médicos, pero también eran los espacios más insalubres para tratar las enfermedades debido a esto y a la pocos médicos con licencia, la atención, cura y tratamiento de las enfermedades se realizaba en el ámbito doméstico. Al enfermo se le atendía en su casa:

La cama del paciente era donde "se llegaba al mundo y desde el cual se abandonaba", se congregaba la familia y yacía el doliente, así como donde, en muchas ocasiones, se rezaban oraciones y se invocaba a un santo protector. Pero también era el lugar al que acudían médicos alópatas civiles o militares, médicos homeópatas, o bien, médicos sin título legal para ejercer la profesión. Por lo tanto curar y restaurar la salud y buscar los medios para evitar la enfermedad eran de naturaleza eminentemente doméstica, familiar y comunitaria.⁷¹

⁷⁰ *Ibid.* p. 80.

⁷¹ *Ibid.* p. 81.

A principios del siglo XIX el modelo médico doméstico marcó las formas de entender y dar cuenta de la salud, la casa era uno de los lugares de más seguridad, alrededor de este espacio las significaciones sobre la salud se nutrían de diferentes referentes, ya que en torno a un padecimiento o evento con relación a la salud transitaban diversos personajes que contribuían mediante su saber a la cura de la enfermedad o al alivio del padecimiento en cuestión, de la misma manera se podía llamar al sacerdote, al curandero, a la partera, al huesero, es importante mencionar que el médico era una figura poco solicitada ya que no contaban con un reconocimiento social, aunque en términos del desarrollo de la ciencia médica se observaban transformaciones significativas, como a continuación se muestran: *En el último tercio del siglo XIX, la cirugía fue la rama de la medicina más cultivada; el doctor Joaquín Blengio y Molina aplicó en 1862 las inyecciones hipodérmicas; en 1878, el doctor Ricardo Vértiz introdujo las prácticas listerianas de la antisepsia en el Hospital Juárez y el doctor Rafael Lavista realizó por primera vez la histerectomía por vía abdominal y poco después, en 1879, el doctor Nicolás San Juan la llevó a cabo por vía vaginal. Por su parte, el doctor Regino González fue uno de los primeros en establecer una técnica para la prostatectomía por vía perineal en 1896.*⁷²

⁷² M. E. Rodríguez, "Tres médicos mexicanos y su referencial al ejercicio ético moral de la medicina. Segunda mitad del siglo XIX", *Cirugía y Cirujanos*, Vol. 77, Núm. 3, Mayo-junio, Academia Mexicana de Cirugía, México. 2009. redalyc.uaemex.mx/pdf/662/66211509013.pdf

Del Modelo médico higienista al Modelo médico Hegemónico en el México moderno

En 1831 se suprimió el Protomedicato, institución que desde 1628 regulaba la producción del conocimiento científico, la práctica médica y los lineamientos de salubridad, en 1833 se abrió El Establecimiento de Ciencias Médicas, institución que reemplazó al Protomedicato, y cuya función fue establecer lineamientos generales para la enseñanza de la medicina. En esta época los argumentos científicos alrededor de la enfermedad y su etiología se regían por la teoría miasmática, *se pensaba que las emanaciones fétidas de suelos y aguas impuros, conocidas como miasmas causaban la enfermedad y que ésta se generaba de manera espontánea.*⁷³ Si bien la teórica miasmática se formuló en las primeras décadas del Siglo XVIII por Thomas Sydenham y Giovanni Lancisi, fue hasta principios del Siglo XIX que tiene repercusiones en las medidas de higiene en nuestro país. Por lo cual, se pusieron en práctica acciones del movimiento higienista que fueron delineando la política de salud. Se estableció una vigilancia estricta entorno a espacios públicos, y hospitales. Por ejemplo con respecto a la ciudad de México Antonio García Cubas, aprobó la plantación de *eucaliptos globulus* en gran escala:

.....Como el más adecuado por su rápido crecimiento, extraordinario desarrollo del follaje y resistencia al invierno, por su prodigiosa facultad de absorción deseca los pantanos y transforma los terrenos fangosos en buenas tierras de labor, constituyendo tal circunstancia

⁷³ M. Vera Bolaños, et. al., *Acción Sanitaria Pública y cambio en el patrón de mortalidad por causas en el Estado de México, 1898-1940*. Colección Teoría y Análisis, UAM, México, 2007, p. 76.

*la más ventajosa propiedad conveniente a nuestro suelo; las poderosas emanaciones que sin cesar se desprenden de sus hojas combaten y triunfan sobre las enfermedades paludianas hasta tal punto que en las posesiones inglesas del Cabo de Buena Esperanza sometidas a la benéfica influencia de las plantaciones de eucaliptos ha desaparecido la **insalubridad**, iguales efectos se han obtenido en España.*⁷⁴

Estas acciones iban encaminadas, junto con otras como la clausura de cementerios, las mejoras en el desagüe y atender la higiene en los hospitales, a establecer medidas públicas sobre las condiciones de salubridad en la población, con lo cual la salud paso a ser objeto de vigilancia y de cuidado.

En 1879 se formó la Comisión De Epidemiología a cargo del Consejo Superior de Salubridad, su objetivo principal fue llevar a cabo tareas de vigilancia, prevención, y control de enfermedades transmisibles como tifo, tifoidea, cólera, viruela, escarlatina, sarampión, ya para 1891 se había aceptado en México la teoría del germen, la cual sustenta que las enfermedades se transmiten por agentes patógenos. Esta teoría se deriva de los estudios epidemiológicos realizados en Europa desde 1840,⁷⁵ dichos estudios fueron de vital importancia ya que a través de ellos se marcaron la línea para construir nuevos criterios de atención

⁷⁴ AHSS, F-SP, S-Epid. C-1, exp.55,f.2v, "Segunda Parte de Proyecto General relativo a la salubridad Pública". 11 de febrero de 1876, Citado en: M. Vera Bolaños, *et. al.*, *Acción Sanitaria Pública y cambio en el patrón de mortalidad por causas en el Estado de México, 1898-1940*, *op. cit.*, p. 80-81. La plantación de eucaliptos fueron una de las causas que propiciaron el desastre ecológico del Valle de México, en la actualidad el eucalipto es considerado como una plaga, ya que no permite el crecimiento de especies propias.

⁷⁵ La investigación realizada en el campo de la epidemiología experimentó durante el siglo XIX un extraordinario avance, especialmente con los trabajos de Robert Storrs (1840), Oliver Wendell Holmes (1842) e Ignaz Semmelweis (1848) sobre la transmisión de la fiebre puerperal; los de P.L. Panum (1846) sobre la contagiosidad del sarampión; los de Snow (1854) sobre el modo de transmisión del cólera, y los de William Budd (1857) sobre la transmisión de la fiebre tifoidea. Cfr. S. López Moreno, *et. al.* "Desarrollo Histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica", *Salud Pública de México*, Vol. 42, Núm. 2, marzo-abril de 2000, p. 138.

sobre las enfermedades y poco a poco se establecieron las bases para dar fuerza al movimiento higienista del cual se derivó el modelo médico higienista en Europa.

En nuestro país el movimiento higienista se impulsó en todos los espacios, principalmente bajo el carácter de disciplina científica se abrieron cátedras para su enseñanza, por lo que en 1868 se separó la cátedra de Higiene de la cátedra de Fisiología, dando como resultado la cátedra de Higiene y meteorología, la cual estuvo a cargo de diferentes personalidades, pero fue hasta 1889 bajo la dirección del Dr. Luis Ruiz que se trazaron los lineamientos de la enseñanza de la higiene para los médicos en México.

Para el catedrático la higiene era el arte científico de conservar la salud y vigorizar el organismo. Entre sus apuntes se puede leer: *La higiene es la primera de las artes, puesto que la salud es el primero de los bienes. Se tienen tres recursos soberbios: primero, dar buena y adecuada alimentación y llevar vida activa, sobre todo muscular, porque de esta manera serán evitadas o vencidas las enfermedades que invaden cuando el organismo está debilitado; segundo, someterse de un modo incesante a la eficaz hidroterapia, pues de este modo es seguro que nos precavemos de todas las enfermedades que nos vienen del frío y de la humedad y tercero, debemos someternos a las vacunaciones.*⁷⁶

En su cátedra el Dr. Ruiz hacía énfasis al cuidado de la persona mediante una buena elección del espacio a habitar, del vestido, de

⁷⁶ F. Martínez Cortés, *La medicina científica y el siglo XIX mexicano*, La ciencia para todos, núm. 45, Fondo de Cultura Económica, México, 1997, p. 138-139.

la alimentación, también se ocupaba de temas sobre la población, la ciudad y el campo, así como de la higiene de ciertos grupos de la sociedad como el infantil, el escolar, el industrial, el urbano, el rural y el de los *hombres de letras*.⁷⁷

Con la Cátedra de higiene y meteorología se establece el modelo médico higienista, además de los principios de reglamentación de aquello que con el tiempo se nombraría Salud Pública,⁷⁸ producto y antecedente de estas posturas se vieron reflejados en la publicación del Código Sanitario de 1889 el cual tuvo como misión principal reglamentar los usos y costumbres alrededor de la salud, en dicho código se pueden leer artículos como los que se citan:

“En el libro segundo. De la administración Sanitaria Local, Título Primero. Administración Sanitaria de la Capital de la República. Capítulo I. Habitaciones y Escuelas

Art. 58. Cuando se construya ó reconstruya totalmente una casa, se dará aviso al Consejo Superior de Salubridad, para que éste, con arreglo al plan adoptado por el propietario, haga las indicaciones relativa á la higiene de la habitación. Concluida la construcción ó reparación, la casa no podrá habitarse sino después que sea visitada por el mismo Consejo y éste declare que se han satisfecho los requisitos que expresan en los siguientes artículos.....

Art. 89. Todas las escuelas, tanto públicas como particulares, quedarán sujetas á la inspección Higiénica y médica conforme á las prescripciones de este Código, de la ley sobre enseñanza obligatoria y de los respectivos reglamentos”.⁷⁹

⁷⁷ *Ibid.*, p. 140-141

⁷⁸ La Salud Pública se entiende como una disciplina que se encarga de procurar un estado de salud en la población a través de la promoción de estilos de vida saludables, educación y promoción de la salud.

⁷⁹ Los artículos citados han sido copiados fielmente del Código Sanitario de Los Estados Mexicanos, 1889, el cual se puede consultar en línea en la página de Open Library, véase: www.archive.org/stream/cdigosanitariod00mexigoog#page/n6/mode/2up

Si bien, a través el modelo médico higienista se procuraba el cuidado sobre las condiciones higiénicas de los sujetos, su cuerpo, sus pertenencias y su contexto social, dicho modelo también funcionaba como una forma de control social, la mirada de la ciencia y del Estado estaban puestas en la producción de sujetos, higiénicamente aceptados, el objetivo del modelo médico higienista eran los grupos sociales con mayores carencias económica. *La lucha por establecer una verdadera cultura de la higiene... contó con el trabajo de destacados médicos e higienistas, y de diversos ministros gubernamentales,*⁸⁰ a través de las prácticas higienistas se construyeron las bases de la institucionalización de la salud. El cuidado del enfermo paso de la casa al hospital, hecho que marco de manera significativa la relación de la población con salud y enfermedad, por lo tanto los distintos saberes sociales y científicos que se entremezclaban y que se construían alrededor de los procesos de salud-enfermedad en el espacio íntimo de la cama fueron ocupando un segundo lugar en el conocer-hacer sobre la salud, producto de lo anterior generó la separación de estos saberes produciendo dos discursos en relación a este saber de los sujetos sobre su salud: el saber popular y el saber científico.

Como ya se ha mencionado, el movimiento higienista centró las bases para conceptualizar a la salud, a la enfermedad y a los procesos de salud-enfermedad bajo una óptica científica, y a partir de este modelo se desarrollaron otros que trataron de explicar el origen de las enfermedades y que en conjunto con los avances científicos dieron paso a la construcción de nuevas formas de

⁸⁰ C. Agostoni, "Las delicias de la limpieza: La higiene en la ciudad de México". Anne Staples (coord.), *Historia de la vida cotidiana en México*, Tomo IV, Bienes y vivencias. El siglo XIX, El Colegio de México/Fondo de Cultura Económica, México, 2005, p. 564.

acercamiento con la salud y la enfermedad. Uno de estos modelos a destacar es el modelo *biológico-lesional*, en el cual el sujeto se convirtió en un objeto de transformación de la enfermedad:

"El elemento central del modelo biológico-lesional de la enfermedad es una alteración estructural y funcional de los órganos, tejidos, células o moléculas del cuerpo humano. Esta alteración tiene sus causas o su etiología y se expresa por determinados síntomas y signos, que constituyen lo que se conoce como el cuadro clínico de las enfermedades. En síntesis, el modelo biológico-lesional de enfermedad está constituido por tres elementos:

- A) la alteración anatomopatológica y fisiopatológica
- B) causas de dicha alteración
- C) los síntomas y signos propios de la alteración orgánica, tisular, celular o molecular".⁸¹

Como ejemplo de la práctica médica de dicho modelo se pueden citar los trabajos experimentales sobre el estudio de la carcinogénesis⁸² que aparecen a finales del siglo XIX. "En este periodo se rompe un paradigma, los científicos abandonan la simple observación de los pacientes, así como el intento por curarlos, y comienzan los esfuerzos por reproducir tumores en animales. Los estudios oncológicos fueron desarrollados en forma importante en este entorno gracias al perfeccionamiento del microscopio, al descubrimiento de los rayos X por Wilhelm Konrad Von Roentgen en 1895, y a su aplicación en el tratamiento del cáncer por Antoine Henri Becquerel (1852-1908), siendo

⁸¹ F. Martínez Cortés, F. (2000), "La medicina científica, su conocimiento y aplicación en México durante el siglo XIX," H. Aréchiga, y L. Benítez Bribiesca, (Coord.), *Un siglo de Ciencias de la Salud en México*, FCE, México, 2000, pp. 100-101.

⁸² Proceso por el cual las células normales se transforman en células cancerosas.

Gerdwood, médico de Montreal, el primero que utilizó las radiaciones en Cáncer de Mama”.⁸³

El desarrollo histórico, social y científico de los modelos médicos revisados hasta este momento permiten dar cuenta de los diversos momentos de la institucionalización de la salud, así como el deslizamiento de las producciones de sentido en alrededor de la enfermedad, observamos que la población en general se fue ordenando en función de la comprensión de procesos biológicos y naturales, las formas de explicar la salud y la enfermedad fueron cambiando en sentido del control que se tenía de la medicalización de la salud, es decir, de las diversas formas de intervención en la salud de los sujetos a través de técnicas y fármacos en el cuerpo.

Los procesos de institucionalización de salud se han construido de múltiples referentes que competen al desarrollo de la ciencia, aunque en el devenir social dichos procesos se concretizan y se vuelven visibles a partir de lo que se conoce como el Sistema de Salud, el cual no sólo se debe entender como el establecimiento de organismos que regulen formas y estatutos sobre normas en salud, sino como una serie de referentes simbólicos que nos hace pensarnos como sujetos de atención sobre nuestros procesos de salud-enfermedad-atención. Sin embargo para finalizar el seguimiento de la génesis social y teórica de los procesos de institucionalización de la salud es necesario terminar de establecer la relación entre múltiples referentes: científicos, políticos, sociales que en un sentido de estructura se concretan

⁸³ E. Lazcano-Ponce, *et. al.*, “Cáncer de mama, un hilo conductor histórico, presente y futuro”, *Salud Pública de México*, Vol. 38(2), México, 1996, p. 142.

en la creación de diversas instituciones materiales que contribuyeron en la creación de un imaginario en relación a los procesos de salud-enfermedad.

Entonces para finalizar este seguimiento es importante señalar que el modelo médico higienista y sus diversos desarrollos como el modelo médico *biológico-lesional* se convirtieron en lo que ahora conocemos como el modelo médico hegemónico, el cual se materializó a partir de la construcción de lo que se ha llamado el Sistema de Salud en México, que inició formalmente en 1905 con la inauguración del Hospital General y se consolidó en 1917 al reconocer a la salud como un campo específico de la intervención estatal, por lo que se crearon organismos encargados exclusivamente de asuntos de salud como El Consejo de Salubridad General y el Departamento de salubridad pública, a partir de la creación de estas dependencias y de muchas otras como La escuela de Salubridad (1922), Los servicios de Higiene Rural (1931), El Departamento de Asistencia Social Infantil (1937), La Secretaria de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano el Seguro Social, IMSS (1943), Instituto Nacional de Cardiología (1944), el Hospital de enfermedades de la Nutrición (1946) y finalmente el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE (1960),⁸⁴ se fue consolidando un modelo de atención a la salud, el modelo médico hegemónico, en el cual el saber popular, así como las prácticas sociales se dejaron de lado, legitimando solamente los criterios científicos y estatales para atender los procesos de salud-enfermedad.⁸⁵

⁸⁴ J. Frenk. y O. Gómez Dantés, *El sistema de salud de México*, Nostra Ediciones, México, 2008, pp. 20-25.

⁸⁵ Véase. E. Menéndez, *Morir de alcohol. Saber y hegemonía Médica*, Consejo Nacional par la Cultura y las Artes, Alianza Editorial Mexicana, México, 1990, p. 83.

Los distintos modelos médicos en relación a la salud en el transcurrir de la historia dan cuenta de la forma en que los sujetos han pensado su relación con el mundo en general. La salud es un significante que a decir de Derrida deberá ser desconstruido para poder entenderlo, es decir es necesario entender cómo se ha construido y para eso es necesario reconstruirlo.⁸⁶ Por lo tanto, el estudio de los modelos dan cuenta de cómo entiende el proceso de salud-enfermedad, según el tiempo, la cultura y la historia en la que nos vivimos.

En la actualidad el pensar en la relación hombre-salud o en el proceso salud-enfermedad nos remite a significaciones imaginarias sociales que se construyeron en el pasado y se han resignificado a través del tiempo, y de igual manera se han reacomodado en la construcción de la nuevas formas de mirar al sujeto, la relación hombre-naturaleza ha adquirido un significado distinto, el sujeto ha pasado a ser objeto, un bien de consumo en el cual se interviene. El ser saludable esta asociado a los "Nuevos Dioses": la belleza, la eterna juventud, la riqueza, etc. La diferencia radica en que ahora son reinventados desde una lógica de consumo, ubiquemos por ejemplo el prototipo de mujer u hombre bello hoy en día, debe de ser extremadamente delgado, alto, con buen cuerpo, o el prototipo de la eterna juventud que pareciera se alcanza sólo a través de la intervención tecnológica: cirugías, implantes, aclaración de la piel.

⁸⁶ El estructuralismo, dice este autor, dominaba por aquel entonces. Desconstrucción parecía ir en este sentido, ya que la palabra significaba una cierta atención a las estructuras (que por su parte no son simplemente ideas, ni formas, ni síntesis, ni sistemas). Desconstruir era asimismo un gesto estructuralista, en cualquier caso, era un gesto que asumía una cierta necesidad de la problemática estructuralista. Pero era también un gesto antiestructuralista; y su éxito se debe, en parte a este equívoco. Se trata de deshacer, de descomponer, de desedimentar estructuras (todo tipo de estructuras.....) Véase J. Derrida, *El tiempo de una tesis. Desconstrucción e implicaciones conceptuales*, proyecto a ediciones, España, 1997, p. 25.

La construcción de significaciones imaginarias sociales en torno a la noción sobre salud, obedece a dos factores esenciales, el primero que tiene que ver con lo se ve y se reincorpora a una construcción cultural, aquello que se conoce como el saber popular, y el segundo factor es aquel saber que se construye alrededor de un conocimiento "ordenado", lo que se ha llamado el quehacer científico, el conocimiento de la génesis social y teórica de la salud a través de la reconstrucción de los modelos médicos en el campo de la salud, nos permiten entender y dar cuenta de las maneras en que actualmente se pueden contextualizar y pensar la salud en una sociedad que cada vez se vuelve menos capaz de cuestionar las formas de reglamentar el actuar de los sujetos que la forman.

La institución de la salud, la negación del proyecto

El análisis institucional no pretende producir un súper-saber clandestino, misterioso, más completo y más "verdadero" que los otros saberes fragmentarios. Aspira, simplemente a producir una nueva relación con el saber, una conciencia del no-saber que determine nuestra acción.⁸⁷

Nos hemos referido a las instituciones como "espacios concretos de producciones de sentido, y de formas de organización, en las cuales existe un coeficiente y umbral de transversalidad determinado, lo cual hace singulares y difícilmente generalizables a las instituciones en un contexto socio-histórico determinado".⁸⁸ En este sentido, la salud como institución se ha construido a partir de diversos referentes políticos, sociales, económicos, mismos que han ido incorporando miradas y saberes en contextos temporales y sociales específicos, los modelos médicos expuestos en el apartado anterior dan cuenta de ello.

Es importante detenernos a reflexionar sobre el concepto de institución. Si bien, hemos apoyado teóricamente la construcción de este trabajo a partir de los planteamientos de Castoriadis y Lourau, se debe precisar que el concepto de institución no es entendido en el mismo sentido por ambos autores.

Castoriadis menciona que aquello que mantiene unida a la sociedad es su institución, "el complejo total de instituciones particulares, lo que yo llamo la institución de la sociedad como un todo, entendiendo por institución normas, valores, lenguaje,

⁸⁷ R. Lourau, *El análisis institucional*, Amorrortu editores, Argentina, 1994, p. 19.

⁸⁸ Véase G. Kaminsky, *Dispositivos Institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 1990. p.12.

herramientas, procedimientos, y métodos de hacer frente a las cosas y de hacer cosas...”,⁸⁹ asume a la sociedad como la institución que da paso y tiene un proceso de creación continuo de otras instituciones, en el cual los procesos de institucionalización derivan en la encarnación de las significaciones imaginarias sociales. “La institución de la sociedad y las significaciones imaginarias sociales incorporadas en ella despliegan siempre dos dimensiones indisociables: la dimensión conjuntista-identitaria (lógica) y la dimensión estrictamente o propiamente imaginaria”.⁹⁰ En este sentido las significaciones imaginarias sociales ordenan y sistematizan un proyecto y a la vez permiten la construcción de nuevos imaginarios alrededor de la institución en un contexto histórico-social determinado. “Castoriadis plantea un proceso de institucionalización positivo en relación al proyecto que le da fundamento o las significaciones sociales imaginarias que le dan origen”.⁹¹

Bajo el contexto del análisis institucional la institución adquiere otro sentido, si bien se observa una doble significación, que se comparte con ciertos referentes Castoridianos, en la cual la institución es aquello que se ve, tiene existencia concreta, “en tanto forma social visible, a una experiencia, a un proceso de corte, distinto y alternativo.... Pero al mismo tiempo, en la misma figura, aparece una definición negativa y agonística, dramática del proceso, en la cual institucionalizar es *mühlmanizar* el

⁸⁹ Véase. C. Castoriadis, *Los dominios del hombre. Las encrucijadas del laberinto*, Gedisa Editorial, España, 1998. p. 67.

⁹⁰ *Ibid.* p. 71.

⁹¹ R. Manero, (en prensa), *Institucionalización y Psicología Social*, Universidad Autónoma Metropolitana p. 9.

proceso instituyente, es dejar constancia del fracaso del proyecto instituyente como condición para su existencia social visible".⁹²

Castoriadis plantea que la institución de la sociedad crea sus instituciones a partir de la encarnación las significaciones imaginarias sociales, "La organización propia de la sociedad –es decir, sus instituciones, y las significaciones imaginarias que portan estas instituciones- es la que plantea y define cada vez lo que es considerado información para la sociedad".⁹³ Lourau trabaja también esta idea pero pone en la mira el carácter negativo de la institución; la sociedad construye un proyecto pero una vez que se institucionaliza se niega el proyecto mismo, dando paso a distintos movimientos en el proceso de institucionalización, en este sentido se niega la significación imaginaria social que le dio origen. Este carácter negativo de la institución supone un movimiento continuo de la misma, ya que se genera una tensión en los procesos de institucionalización, creando y organizando constantemente la dimensión imaginaria y simbólica. "La institución no es una cosa (versión sociologista) ni un fantasma (versión psicologista), sino un **proceso**: el movimiento de las fuerzas históricas que hacen y deshacen las formas".⁹⁴ Por ejemplo, la institución de la salud en el siglo XVIII, se instituye a partir de la negación del proyecto higienista con lo que se pretendía establecer medidas de cuidado e higiene, mejorar condiciones domésticas, laborales en relación al cuidado

⁹² R. Manero, "El concepto de institucionalización en psicoanálisis y sus aportes a la psicología social", Anuario de Investigación, Departamento de Educación y Comunicación, Universidad Autónoma Metropolitana, Plantel Xochimilco, México, 1996. p. 735.

⁹³ C. Castoriadis, Una sociedad a la deriva. Entrevistas y debates (1974-1997), Katz, Buenos Aires, 2006. p. 81.

⁹⁴ R. Lourau, *El Estado y el inconsciente. Ensayo de sociología Política*, editorial Kairós, Barcelona, 1980. p.78.

de las enfermedades, y se instituyó un mecanismo de control y vigilancia a través de los hospitales y el saber médico, con lo cual las medidas de higiene pasaron a ser mecanismos de control para la población; en 1736 se presentó en la ciudad de México una gran epidemia de tifo conocida como *Matlazáhuatl*, las condiciones insalubres en que se presentaron en ciudad favorecieron el contagio, "La política sanitaria insistía que los hospitales no sólo fueran lugares para atender y curar a los enfermos, sino también para recluirlos. Al parecer, estas medidas de reclusión sólo involucraron a indios, mestizos, y otros miembros de las castas por considerarlos los principales portadores de la enfermedad".⁹⁵

La negación misma del proyecto, no significa en ningún sentido el fin de la institución, si bien hablamos de un proceso, la institución de la salud se ha ido construyendo a través de los distintos momentos "el momento de lo instituyente siempre ha estado provisto de una fuerte potencialidad dinámica y si lo instituido corresponde al resultado de una estabilización en pro de la institución como objeto que puede describirse sin demasiadas dificultades, el momento de la institucionalización indica una fase activa de estabilización que niega al mismo tiempo la actividad del instituyente como negación de lo instituido y el inmovilismo de lo instituido."⁹⁶ Si bien, la institución es un continuo, esta relación dinámica entre lo instituido y lo instituyente presenta en sí misma una tensión que permite la creación de nuevos proyectos, nuevas formas de construcción y creación en las sociedades, lo que

⁹⁵ A. Molina del Villar, "Remedios contra la enfermedad y el hambre" en: P. Gonzalbo Aizpuru (coord.), *Historia de la vida cotidiana*, Tomo III, El siglo XVIII: entre tradición y cambio, El Colegio de México, Fondo de Cultura Económica, México, 2005, p. 188.

⁹⁶ R. Lourau, *El Estado y el inconsciente. Ensayo de sociología Política*, op. cit. p. 79.

origina un movimiento constante en las instituciones de la sociedad. La institución de la salud no ha sido la misma, ha cambiado y se ha resignificado según el tiempo histórico que ha permitido la creación de nuevas redes simbólicas que creando a su vez distintos proyectos en relación a la salud.

Como se mencionó, en todo proceso de institucionalización existe un proyecto que le da origen a la institución, el cual es una creación imaginaria de la sociedad que se incorpora en el hacer de los sujetos mediante una red simbólica, en el proceso de institucionalización no se puede pensar en la existencia de un sólo proyecto, atrás de un movimiento de institucionalización existe siempre una tensión entre distintos proyectos. La institución dice Lourau es "el proceso mediante el cual nacen las fuerzas sociales instituyentes que, a menudo, terminan por constituir formas sociales codificadas, fijadas e instituidas jurídicamente".⁹⁷

El proceso de institucionalización es entonces un proceso continuo de creación a partir de la negación de proyecto que le da origen (efecto Mühlmann), existe un segundo elemento a considerar el cual Lourau introduce en la elucidación de los procesos de institucionalización: el principio de equivalencia ampliado.⁹⁸

El principio de equivalencia ampliado supone, un principio general que se instituye a través del Estado. En su forma más simple el Estado se puede definir como una instancia política cuya función

⁹⁷ *Ibid.* p.73.

⁹⁸ R. Manero, "El concepto de institucionalización en socioanálisis y sus aportes a la psicología social", *op. cit.* p. 741.

es establecer un orden político, social, económico a través de la norma jurídica, el Estado supone dominación. Esta forma de pensar al Estado ha cambiado y se ha nutrido de distintos acercamientos teóricos.⁹⁹ Lourau, en su obra *el Estado y el inconsciente*, pone de manifiesto cómo el Estado se instala de forma inconsciente en los sujetos, el Estado aparece ya no como una forma de dominación exterior a los sujetos, sino más bien interior, las prácticas estatales se interiorizan en los sujetos estableciendo el inconsciente estatal.

A partir del surgimiento del Estado-nación, entendiendo éste como "un ente portador de una cultura y un orden político específicos, los cuales pueden ser sintetizados en la soberanía popular, la igualdad ante la ley y el Estado de derecho, incluidas en este último las garantías, valores y libertades consagradas en la Declaración de Derechos del Hombre y del ciudadano de agosto de 1789",¹⁰⁰ se establece una centralidad del Estado en la vida cotidiana de la población. El Estado aparece como el ejecutor de la norma, la instancia mediante la cual se regulan las garantías sociales, políticas, económicas y también determina un límite material: el territorio. Se identifica al Estado como un aparato que regula de manera explícita el que hacer de los sujetos.

Ahora bien, en su carácter periférico el Estado se incorpora en los sujetos a través de la construcción de una red simbólica, lo cual permite la incorporación de un orden social, político, económico; todo un orden estatal que guía el hacer de los sujetos en la sociedad, en este sentido, se establece lo que Lourau ha

⁹⁹ Al respecto podemos citar a Hobbes, Hegel, Marx, etc.

¹⁰⁰ J. Flores, *Totalitarismo. Revolución y negación del pasado*, UAM-X, México, 2003, p. 50.

llamado el inconsciente institucional. Así encontramos que el Estado se inscribe en todas las demás instituciones que conforman la sociedad, organizando la vida conyugal, la vida escolar e incluso la escritura:

"el Estado se instala en lo imaginario.... Lo que yo veo, a través del auto-análisis, es poco: censuras que el temor del Estado inspira en todo lo que organiza, comenzando con mi escritura formada por la escuela y para la escuela, más tarde para la edición; censuras de la edición que se ejercen no solamente en aval, dentro de un comité de redacción de editor, de revista o periódico, sino censuras apriorísticas cuando la imagen más o menos confusa de lo que no hay que decir me hace doblar un poco más la espalda para tachar sobre mi máquina de escribir; censuras más manifiestas inspiradas por las potencias estatales, oficiales o paralelas, desde la administración que me emplea hasta los partidos políticos maltratados en mi texto.....".¹⁰¹

Siguiendo a Lourau, pensar en este inconsciente institucional, nos remite al principio de equivalencia ampliado, es decir el Estado aparece como un equivalente en todas las instituciones. Para el desarrollo de este principio Lourau retoma el principio de equivalencia marxista, "El principio de equivalencia fue creado por Marx basándose en la economía política de los siglos XVII y XVIII. El valor de las mercancías se mide por el tiempo de trabajo socialmente necesario para la producción de la mercancía en cuestión. Se trata de valor de intercambio, abstracción del valor de uso. La forma general del valor, el equivalente de todas mercancías, es el dinero".¹⁰² Y lo define de la siguiente manera "El principio de equivalencia ampliado a todas las formas sociales

¹⁰¹ R. Lourau, *El Estado y el inconsciente. Ensayo de sociología Política*, op. cit., p.25.

¹⁰² *ibid.*, p. 83-84.

significa que lo estatal, potencia de legitimación de la institución al mismo tiempo que resultado de todas las legitimidades institucionales, es lo que dirige toda la vida social, toda innovación, todo movimiento y, frecuentemente, incluso la acción revolucionaria, para que las nuevas fuerzas sociales den nacimiento a formas equivalentes a las actuales en el marco de equilibrios mutantes, evolutivos o regresivos, pero siempre definidos por la existencia sagrada de un Estado a modo de garantía metafísica de lo social."¹⁰³ Esto es, que toda forma social tendría al Estado como referente común y como medida para todo tipo de intercambio social, (incluyendo el mismo lenguaje).¹⁰⁴

De esta manera el principio de equivalencia ampliado refiere las formas en que se replica el Estado a través de sus instituciones, pensemos en el Estado neoliberal, una de las formas en que podemos encontrar la presencia estatal en las diversas instituciones es a través de la idea de apertura de mercados y la de la libre empresa, en este sentido al observar la presencia del Estado neoliberal en el sector salud nos hace pensar en la salud en términos de un bien mercantil. Ejemplo de ello, lo podemos encontrar en las nuevas prácticas que se utilizan para poder obtener una cita médica en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), debemos recordar que en tiempo pasados para obtener una cita médica se debía acudir al consultorio u oficinas generales de la clínica en la que los pacientes eran asignados para su atención médica.

¹⁰³ *Ibid.*, p. 93.

¹⁰⁴ R. Manero, "El concepto de institucionalización en socioanálisis y sus aportes a la psicología social", *op. cit.*, p. 741.

Ahora bajo un nuevo esquema empresarial existen dos formas de optar por una cita: una llamada telefónica a un número único y vía Internet. Si se opta por la llamada telefónica es necesario realizar una llamada a un conmutador (operado por una agencia extranjera), después de un tiempo de espera largo, se logra tener comunicación con alguna persona, misma que está a cargo de proporcionar las citas y que para tal efecto le requiere algunos datos como con CURP o RFC, el registro de estos datos se dificulta sobre todo para las personas mayores. Es importante mencionar que las personas encargadas de asignar las citas no tienen ni la menor idea de dónde se ubica la clínica o la distribución de espacios dentro de la misma y por consecuencia desconocen el tipo de personal médico y administrativo que labora en la clínica en cuestión. La otra forma de concertar una cita es vía Internet, en el portal se debe de ingresar el Estado, la delegación, y la clínica a la cual pertenece, después de oprimir el botón para acceder a la cita aparece tardíamente un formato en el que se debe de registrar: Nombre completo, RFC y CURP, y después se busca un espacio disponible para la cita. Estas formas burocráticas de pensar a la salud desconocen por completo el tipo de usuarios, ya que por lo general son personas que no están familiarizados con el uso de un conmutador para pedir una cita o no tienen acceso a Internet.

Las formas estatales de la empresa bajo el proyecto neoliberal, ese inconsciente institucional del que habla Lourau se replica en las instituciones de la sociedad, para el caso que nos ocupa: la institución de la salud nos lleva pensar en la complejidad misma del proceso, ya que existe un juego permanente entre los procesos de institucionalización e instituyentes, que dan pauta a

la creación diversos movimientos como posibilitadores de nuevas prácticas y saberes sociales.

Pensar en estos procesos de creación en la institución de la salud nos obliga a conocer la intervención estatal en los mismos, como ya hemos referido, reflexionar sobre el orden institucional y la construcción de significaciones sociales implica escudriñar en los procesos simbólicos de la sociedad en diversos contextos históricos, por lo tanto comprender como se ha instrumentado la institución de la salud bajo una mirada y lógica estatal aportaran elementos para tratar de elucidar cuáles son las significaciones imaginarias sociales que sobre la salud se han construido en la actualidad.

El orden estatal y la salud: Principio de equivalencia ampliado.

El Estado es por excelencia el aparato que procurará en todo momento un proceso de institucionalización en las sociedades, promoviendo las normas y reglas, pretendiendo establecer un carácter universal en las acciones de los sujetos; este carácter de institución fundante se ha mantenido a lo largo de la historia mediante una correlación de fuerzas, mismas que permiten el desarrollo de las sociedades. Es a través de la mirada del Estado en tanto institución que se materializan las formas de regular a los sujetos, el Estado dota a cada sociedad de formas propias de organización, de normas, de una red de significados, mismas que se encarnan en los sujetos a través del tiempo. Por lo general, la norma moral en el devenir de la historia se fue convirtiendo en una norma jurídica, "no matarás", "no robarás", son acciones que

se escriben en una serie de regulaciones jurídicas para poder coexistir en una sociedad. De esta manera, el Estado como aparato regulador de la sociedad se inscribe constantemente en el actuar de los sujetos, a través de diversas instituciones como son la familia, la escuela, el hospital, la cárcel, la policía. Estas instituciones se han construido, entre muchas otras, a partir de lineamientos económicos, sociales, políticos e ideológicos. “Lo que quiere imponer el Estado no son solamente las formas que se identifican dentro de su obediencia común a su legitimidad única, sino también una fuerza que duplique todas las formas, de las más públicas a las más privadas, en el sentido deseado por él: es decir, la institucionalización”.¹⁰⁵

Encontramos que desde la mirada del Estado se ha construido en el devenir histórico la institución de la salud, en este sentido cuando se habla de un proceso de institucionalización, (Efecto Mülhmann y el Principio de Equivalencia Ampliado) estamos pensando en un Estado que no sólo está presente como aparato organizador, sino más bien se introyecta sobre el proyecto social. El Estado deja de ser una instancia del afuera, para pasar a ser una figura que se interioriza, gana una presencia inconsciente alrededor de las prácticas sociales, y aparece en la producción de nuestros saberes. Es mediante el inconsciente estatal que se organiza, se fundan las pautas sociales y se niega el proyecto mismo de la sociedad, pero que a la vez se da cabida a procesos instituyentes distintos.

¹⁰⁵ R. Lourau, *El Estado y el inconsciente*, op. cit. p.29.

En la historia de México, la mirada estatal ha marcado sin duda alguna las formas en que se ha construido la institución de la salud, reproduciendo en los distintos modelos de atención de la salud el inconsciente estatal, negando otros proyectos y estableciendo modelos hegemónicos sobre la salud. En esta historia podemos observar cómo la salud ha pasado de ser un estado de bienestar y pensarse como un bien común para establecerse como un derecho y me atrevería a decir en estos tiempos modernos a construirse como una mercancía desde la lógica de los nuevos proyectos neoliberales económicos.

Trataremos de puntualizar e ir reconstruyendo la *génesis social y teórica* de las distintas formas en que se ha significado la salud, los procesos de salud/enfermedad, las enfermedades, la cura, las maneras en que se han construido las diversas significaciones imaginarias que dan cuenta de la salud a través de la presencia estatal. Por lo tanto, es importante recuperar los procesos de institucionalización de la salud transitando por dos vías: la primera la historia de la Seguridad y la Asistencia y la segunda la construcción sobre la noción de la salud.

La intervención estatal: Historias paralelas entre la Seguridad Social y la Asistencia.

En el siglo XVIII a partir de la enunciación de la teoría miasmática¹⁰⁶ se empezaron a gestar, desde la acción estatal, diversas medidas para contrarrestar a las enfermedades. Los

¹⁰⁶ En el apartado anterior se mencionó que en México se delinearón ciertas acciones en materia de salud a partir de la aceptación de la teoría miasmática como causante de las enfermedades.

trabajos realizados por Foucault y Donzelot dan cuenta de cómo se fue planeando una biopolítica alrededor de los sujetos, "...esa proliferación de las tecnologías políticas que van a actuar sobre el cuerpo, la salud, las formas de alimentarse y de alojarse, las condiciones de vida sobre todo el espacio cotidiano".¹⁰⁷ Donzelot hace hincapié en la puesta en escena de un sistema de vigilancia, una policía que tenía como propósito asegurar el bienestar del Estado mediante la sabiduría de sus reglamentos, con lo cual se pretendió alcanzar dos objetivos: el primero la difusión de la medicina doméstica, es decir, ... establecer un conjunto de conocimientos y de técnicas que debían permitir a las clases burguesas sustraer a sus hijos de la influencia negativa de los domésticos, con lo cual se realizó un anclaje directo entre los cuidados médicos y las familias estableciendo entre las funciones maternas la de cuidadora y ejecutora de los planteamientos médicos; el segundo objetivo al que se refiere el autor citado consistía en reagrupar bajo la etiqueta de "economía social" las formas de dirigir la vida social de los pobres, lo que se ha convenido en llamar *filantropía*,¹⁰⁸ Foucault por su parte puntualizó la importancia del desarrollo de un mercado médico bajo la formas de clientelas privadas, y el surgimiento de una medicina clínica fuertemente centrada en torno al examen, al diagnóstico, a la terapéutica individual.¹⁰⁹ Estas estrategias permitieron ir incorporando y delineando una política de control en función de la enfermedad, se estableció la nosopolítica en sus tres dimensiones: *El privilegio de la infancia y la medicalización de la*

¹⁰⁷ J. Donzelot, *La policía de las familias*, Pre-Textos, España, 1979, p. 10.

¹⁰⁸ *Ibid.*, pp. 20-21.

¹⁰⁹ M. Foucault, "La política de la salud en el siglo XVIII", *Estrategias de Poder*, Obras Esenciales, Volumen II, Paidós Básica, Barcelona, 1999, pp. 327-328.

*familia; El lugar privilegiado de la higiene y el funcionamiento de la medicina como instancia de control social.*¹¹⁰

Estas estrategias estatales en salud tuvieron como objetivo preservar a los niños y gestionar las medidas adecuadas para que llegasen a edades adultas, por lo tanto la familia se convirtió en la transmisora de enseñanzas sobre pautas de conducta que tenían como finalidad obtener un cuerpo sano “desde finales del siglo XVIII, el cuerpo sano, limpio, útil, el espacio purificado, diáfano, aireado, la distribución médicamente óptima de los individuos, de los espacios, de las camas, de los utensilios, el juego entre el “que cuida” y el “que es cuidado” constituyen algunas de las leyes morales esenciales de la familia”.¹¹¹

En México, por ejemplo tenemos claras evidencias de cómo operaban estas estrategias, así lo refiere John E. Kicza en su artículo titulado *Familias empresariales y su entorno, 1750-1850*:

“Los médicos visitaban a los enfermos en sus casas y a menudo pasaban largas horas atendiéndolos. Sin embargo, eran las mujeres de la casa asistidas por la servidumbre quienes proporcionaban los mayores cuidados a los enfermos. Esta constante atención ayudaba a disminuir en algo el índice de mortandad entre la clase alta”.¹¹²

¹¹⁰ *Ibid.*, pp. 333-342.

¹¹¹ *Ibid.*, p. 334.

¹¹² J. Kicza, “Familias empresariales y su entorno, 1750-1850”, *Historia de la vida cotidiana en México*, Tomo IV, Bienes y vivencias, FCE/Colegio de México, 2005, p.154.

El siglo XVIII se distinguió por el establecimiento de medidas de control, se observaba una constante vigilancia en el hacer-higiénico de la sociedad a través de la figura del médico; los hospitales y las casas de beneficencia operacionalizaron dichas medidas constituyendo lo que podríamos llamar la génesis del Sistema de Salud Mexicano.

En el caso de México, pensar en la institución de la salud y en sus procesos instituyentes nos obliga a reflexionar sobre dos historias paralelas: la historia de la Seguridad Social y la historia de la Asistencia. Cabe acotar que estas dos historias dieron como resultado la creación de lo que llamaremos el sujeto de la salud, ya que en el devenir de la génesis social sobre las instituciones mencionadas se fueron construyendo una serie de significaciones imaginarias sociales en torno a la salud y creando un imaginario con respecto al sujeto que enfermaba.

La Asistencia y la Seguridad Social

En el caso de México la historia de la asistencia ha sido documentada y analizada por diversos autores, como Rafael Reygadas, Patricia Casanova y Moisés González Navarro, este último plantea que se pueden analizar cuatro periodos para el estudio de la asistencia: un periodo originario en la época prehispánica; el periodo caritativo y filantrópico de la época colonial hasta la Reforma; un tercer periodo de asistencia empírica que va de la reforma a 1910 y el cuarto periodo de la

asistencia laica y científica que se identifica a partir de la revolución mexicana hasta la fecha.¹¹³

Con respecto al primer periodo diremos, como ya lo hemos referido en el apartado anterior, que los pueblos prehispánicos entendían su relación con la naturaleza y con los otros mediados por el respeto con la intención de preservar el bienestar general, de esta manera se tienen registros que la asistencia social formaba parte de un sistema global, en que la producción estaba orientada a preservar la vida de la comunidad, “el estado tenía la obligación de velar por todos los integrantes de su comunidad, no permitiendo las carencias individuales, exigiendo a cada uno de sus miembros realizar una función o actividad de provecho de la colectividad”.¹¹⁴ A través de las medidas de asistencia de los pueblos prehispánicos con su carácter comunitario y de bienestar social se producía un sujeto que tendía lazos fuertes con su comunidad y con los otros, esta apreciación del cuidado y bienestar de los menos favorecidos estaba lejos de ser objeto de aquello que los españoles llamarían caridad cristiana, con lo cual se pretendía la evangelización de los pueblos indios y se convirtió en una herramienta fundamental para la transculturación y resignificación de la cultura indígena y europea.

¹¹³ Véase P. Casanova, “La Sociedad Intervenida”, en: Soto et al. (coord.), *La sociedad intervenida. Relatos de Patricia Casanova sobre psicología social, niñez y asistencia*, Universidad Autónoma Metropolitana, México, p. 65 y R. Reygadas, *Abriendo Veredas. Iniciativas públicas y sociales de las redes de organizaciones civiles*, editor Convergencia de Organismos Civiles por la Democracia, México, 1998, pp. 9-10.

¹¹⁴ B. Camarena, (1986), *Memorias del Primer Simposium sobre la Asistencia Social Privada*, Junta de Asistencia Privada, México, 1986, p. 28. Citada en R. Reygadas, *Abriendo Veredas. Iniciativas públicas y sociales de las redes de organizaciones civiles*, op. cit. p. 10

En la época colonial la caridad se convirtió en una práctica cotidiana reglamentada por la Iglesia Católica, bajo la idea occidental de que se traía el progreso a las tierras recién descubiertas y violentadas, se empezaron a organizar centros de refugio espiritual y de evangelización, “con la creación de establecimientos para los sujetos de la caridad y beneficencia se asiste a un doble juego. Por una parte los destinatarios con confinados y encerrados, es decir, insertados a partir de sus “males y dolencias”, a una marginación y estigmatización social”.¹¹⁵ Se construye un imaginario sobre aquellos sujetos *distintos*, a quienes habría que aislar y contener para lograr un buen funcionamiento de la sociedad; alrededor de la figura del pobre, del menos favorecido, del *indio*, quienes eran productos del mismo conflicto bélico de la conquista, se fueron construyendo significados distintos que derivaron en la creación de una figura social que tenía por encargo asumirse como un sujeto de la práctica asistencial. Los pobres en su mayoría indígenas, eran separados, excluidos y reglamentados por el hacer-saber de las prácticas higienistas.

Otros espacios que por excelencia marcaron el inicio del Sistema de Salud en México fueron los hospitales; Hugo Mercer menciona que el espacio hospitalario fue un espacio de práctica asistencial al cual se le incorporaron las reglamentaciones de la práctica estatal sobre la salud e identifica tres etapas de desarrollo: 1) 1524 a 1760 operaban como instrumentos de caridad y expiación de culpas; 2) 1760 a 1904 cuya función era contribuir al orden

¹¹⁵ Véase P. Casanova “La Sociedad Intervenida”, op. cit. p. 68 y R. Reygadas, *Abriendo Veredas. Iniciativas públicas y sociales de las redes de organizaciones civiles*. op. cit., p.12.

urbano y 3) 1905 hasta la fecha que inicia con la intervención estatal y se inicia la atención médica privada.¹¹⁶

Al realizar un breve recorrido historiográfico podemos ubicar diversos establecimientos asistenciales y hospitalarios que se generaron desde el siglo XVI y algunos de ellos todavía existen y están en funciones: La primera escuela para niños fundada en 1524 en el convento de San Francisco por Fray Pedro de Gante, el colegio de San Juan de Letrán (1529) fundado por Fray Juan de Zumárraga, el Orfanatorio San Cristóbal (1594) para proteger pobres y enfermos, el hospital de San Juan de Dios (1604), Casa de recogimiento de San Miguel (1683) para indigentes y diversos hospitales que se fundaron de 1524 a 1540 como: los hospitales de Jesús de Nazareno y La Purísima Concepción fundados por Hernán Cortés, el hospital Real de Naturales (1529), el hospital del Amor de Dios para sífilíticos (1540), el hospital y escuela de Betlemitas (1674), Casa de la Misericordia y la escuela la Patriótica (1764) para albergar a niños expósitos en la segunda infancia, Asilo de Menesterosos (1768), el hospital de San Pablo (1847) actualmente el Hospital Juárez; en fin la lista podría continuar, pero por lo pronto es importante observar como las prácticas asistenciales y hospitalarias permitieron la creación de diversas significaciones imaginarias sociales que daban cuenta de un sujeto incapaz de solventar y hacer frente a sus condiciones de vida, eran sujetos atravesados por el estigma social, los cuales no podían hacerse cargo de sí, por lo tanto estas instituciones dictaban las medidas adecuadas para posibilitar *una mejor calidad de vida*. La práctica de la asistencia, si bien marcó una forma de

¹¹⁶ H. Mercer, "Hospitales y práctica médica", *Estudios Sociológicos II*, No. 5-6 (mayo-dic), El colegio de México. 1984, p. 339.

ver y pensar a los sujetos, se fue desarrollando como una función pública, especializada e institucionaliza.¹¹⁷

Como se sabe las prácticas asistenciales, planteadas como actos de caridad, se originaron y sostuvieron por el poder eclesiástico, desde la conquista hasta las leyes de Reforma, en el siglo XVII bajo la idea del México independiente existieron otros intentos por regular la pobreza y las deficientes condiciones de vida que presentaba el país, En 1813 José María Morelos, en el documento *Sentimientos de la Nación* recomendó que se dictaran leyes para moderar la opulencia y la indigencia, para así mejorar el jornal del pobre y sus costumbres y se mitigara la ignorancia; un año después en La Constitución de 1824 se preveía la protección del trabajador mediante pensiones del empleado público y en el Congreso Constituyente de 1856-1857 se hizo hincapié en la necesidad de promover la justicia social.

Un hecho que marcó y planteó nuevos imaginarios con respecto a la forma de entender la asistencia, fue el regreso del Presidente Juárez al poder; el 2 de febrero de 1861 instauró su reforma al sistema de beneficencia y el 28 del mismo mes se creó la Dirección General de Beneficencia Pública, con lo cual dio paso a la secularización y confiscación de los bienes de las instituciones religiosas.¹¹⁸ De esta manera las casas de asistencia y hospitales intentaron ser administrados por el gobierno, se pretendía establecer una vigilancia en función económica y política, bajo la

¹¹⁷ R. Reygadas, *Abriendo Veredas. Iniciativas públicas y sociales de las redes de organizaciones civiles*, op. cit., p.16.

¹¹⁸ Véase S. Arrom, "¿De la caridad a la beneficencia? Las reformas a la asistencia pública desde la perspectiva del Hospicio de Pobres de la ciudad de México, 1866-1871", en: C. Illades, (Comp), *Ciudad de México: instituciones, actores sociales y conflicto político, 1774-1931*, El colegio de Michoacán, Zamora, Mich., 1996, p.26.

lógica estatal se pensaba en hacer mucho más eficientes los servicios ofrecidos, por consecuencia poner en práctica las acciones del movimiento higienista. Estos intentos fracasaron debido a las condiciones políticas y sociales del país, "en dos decretos del 7 de julio y 30 de agosto de 1862, Juárez abolió la Dirección General de Beneficencia Pública y expropió casi todos los fondos que se manejaban porque *el deber más sagrado es la salvación de la patria y el mantenimiento de las fuerzas que se han organizado para defender su independencia*".¹¹⁹

Durante el régimen de Porfirio Díaz suceden dos hechos que marcaron y establecieron lineamientos claros sobre la asistencia: en 1889 se decretó la ley de Beneficencia Privada para el Distrito Federal y Territorios Federales, lo cual dio origen a la Junta de Asistencia Privada. Dicha ley señalaba: "se entiende por actos de beneficencia privada, todos los que se ejecuten con fondos particulares y con un fin filantrópico o de instrucción laica"¹²⁰ y la intervención clara de los científicos en la reglamentación de estas instituciones. Las prácticas asistenciales se llevaban a cabo bajo la vigilancia tanto de la iglesia católica como por la reglamentación realizada por los científicos. Se mantienen sin grandes cambios hasta mediados del siglo XX, pero en una línea paralela se puede observar la historia de la Seguridad Social, con la cual se instrumenta otra forma de entender y vivir la salud.

A través de la lucha revolucionaria y las ideas de cambio que se fueron gestando con dicho movimiento se pudo concretar la idea sobre la Seguridad Social, pretendiendo ganar territorio a las

¹¹⁹ Ibid., p.28.

¹²⁰ Boletín Informativo de la dirección general del Archivo Histórico y Memoria Legislativa, año IV, No. 32, julio-agosto 2004.

prácticas asistenciales, con lo cual se buscaba que un grueso de la población tuviera acceso a la protección estatal. Es importante mencionar que en 1883 se estableció en Alemania la primera Ley sobre los Seguros Sociales.¹²¹ A partir de este hecho el Estado se hizo cargo de los procesos de institucionalización de la salud, se establecieron mecanismos que contextualizaban a la salud como una estructura más del poder estatal; el pensar y entender la noción de salud, los procesos salud-enfermedad fue precedida desde la lógica estatal, "Se esboza el proyecto de una tecnología de la población: estimaciones demográficas, cálculo de la pirámide de edades, cálculo de las diferentes esperanzas de vida, de las tasas de morbilidad, estudio del papel que juegan entre sí el crecimiento de las riquezas y el de la población, incitaciones diversas al matrimonio y a la natalidad, desarrollo de la educación y de la formación profesional".¹²² La salud como un bien, como parte integral de los sujetos y como posibilidad de bienestar social fue concretándose en la institución laboral, con lo cual se otorgó protección a las clases trabajadoras principalmente, lo cual permitió la mirada continua del Estado sobre los mínimos de bienestar de la población, en especial sobre la salud, misma que se pensaba en función de la capacidad productiva de los sujetos. Esto permitió pesa a la salud como un bien accesible a las clases con menores capacidades económicas.

Para 1914, Venustiano Carranza en la redacción del Plan de Guadalupe se comprometió a procurar el bienestar de la clase obrera y campesina por medio de la Seguridad Social. "el jefe del

¹²¹ Los Seguros Sociales fueron creación de Bismark, se establecieron para cubrir ciertas necesidades de la población: enfermedad (1883), accidentes de trabajo (1884), invalidez y vejez (1889) y supervivencia (1911).
ojo falta referencia

¹²² M. Foucault, "La política de salud en el siglo XVIII", *op. cit.*, pp. 332-333.

Ejército Constitucionalista, decía: que sólo mediante la implantación legal de un régimen de Seguros Sociales las instituciones políticas de México cumplirían su cometido atendiendo satisfactoriamente a las necesidades del pueblo.”¹²³

En 1915 en una convención entre Villistas y Zapatistas se gestó nuevamente la idea de la Seguridad Social, como una línea definida de trabajo, pero no fue hasta que en la Constitución de 1917 se redactó el artículo 123:

“Se consideran de utilidad social el establecimiento de Cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y otros con fines similares, por lo cual tanto el Gobierno Federal como el de cada estado deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole, para difundir e inculcar la prevención popular”.

Durante el gobierno del General Álvaro Obregón, en 1921, se elaboró el Primer Proyecto de Ley del Seguro Social, que si bien nunca prosperó sí sirvió para impulsar esta medida, “la corriente de opinión gestada durante la campaña presidencial de 1927-28 cristalizó posteriormente en unas bases generales elaboradas en 1929 para reformar la Constitución y hacer predominar la idea de obligar a trabajadores y a patrones a depositar en un Banco del 2 al 5% del salario mensual, para entregarlo posteriormente a los obreros en cuyo beneficio se reabra”.¹²⁴

¹²³ C. García, *La Seguridad Social, bases, evolución, importancia económica social y política*, IMSS, México, 1955, p. 194.

¹²⁴ *Ibid.* p. 197.

En 1925 se presentó una iniciativa de Ley sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, donde se proponía la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, aunque se planteaba una administración tripartita, la cual incorporaba al Estado, a los patrones y a los obreros, el monto total de la aportación económica la realizarían el sector patronal; también se definía con mucha precisión la responsabilidad del patrón en accidentes de trabajo. Para muchos sectores industriales esta no fue una noticia muy bien acogida y proponían que también el sector laboral aportara económicamente.

En los gobiernos del General Álvaro Obregón y Plutarco Elías Calles se empezaron a gestar los anteproyectos para la iniciativa de Ley para crear el Seguro Social, pero al no ser suficientemente claro el texto de la Constitución con respecto a este punto no hubo avances significativos; en el periodo Presidencial de Emilio Portes Gil, se mandó una iniciativa de Ley al Congreso de la Unión, dicho órgano aprobó la reforma de la fracción XXIX del Artículo 123, la cual se publicó en el diario Oficial de la federación el 6 de septiembre de 1929:

"Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá Seguros de Invalidez, de Vida, de Cesación Involuntaria del Trabajo, de Enfermedades y Accidentes y otros con fines análogos"

Durante el periodo presidencial de Lázaro Cárdenas (1934-1940), las políticas del llamado Estado benefactor se encaminaron a la protección del sector obrero, principalmente en la educación, vivienda, reglamentación del salario mínimo y promoción a la salud,

por lo que no es de sorprenderse que en 1935 se diera como un hecho importante en materia de Seguridad Social, ya que la Suprema Corte de Justicia determinó que los empresarios eran directamente responsables de los accidentes laborales, y además se presentó una propuesta de Ley para la creación de un Seguro Social, único, obligatorio y universal. En dicho proyecto se retomó la idea planteada en 1925, en la que se pretendía una administración tripartita pero en este nuevo planteamiento se hacía ver la necesidad de aportaciones también tripartitas lo que permitiría incorporar a los sectores asalariados, industriales y agrícolas. Dicho proyecto fue considerado insuficiente por lo que el propio Presidente Cárdenas nombró a su Secretario de Gobernación, Ignacio García Téllez, para que reestructurara el proyecto, quien presentó tiempo después una propuesta para la creación de un Instituto de Seguros Sociales "de aportación tripartita que incluía al Estado, a los trabajadores asegurados y a sus patrones y que cubriría o prevendría los siguientes riesgos: enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación voluntaria". En estos años el desarrollo de la industria marcó los lineamientos para la reorganización de la vida económica del país, México empezó a caracterizarse por la urbanización y el avance de una clase distinta: la obrera, quien reclamaba mejores condiciones de vida y formas distintas de interactuar en la vida política del país, sin embargo debido a los acontecimientos ocurridos durante la gestión del General Cárdenas, como la expropiación petrolera y además la coyuntura internacional, se retrasó en gran medida la instauración de dicha institución.

Es importante mencionar que en 1942, William Beveridge presentó al Gobierno Británico un documento denominado "*Social Insurance and Allied Services*" (Informe sobre el Seguro Social y sus Servicios Conexos), en el cual se hacían explícitas las bases para una nueva organización social, misma que se fue expandiendo en todo el mundo. Fue a partir de la segunda Guerra Mundial que la salud de la población se consideró un punto de atención en el desarrollo de los Estados modernos, este hecho es importante ya que la mirada del Estado sobre la salud se ha organizado e institucionalizado a través del modelo de Seguridad Social.

Un nuevo orden estatal: formas de entender la salud

En 1943 la mirada estatal sobre la salud se oficializó a partir de dos hechos: El establecimiento de la Seguridad Social, a través de la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y la reglamentación de las actividades de asistencia, en el Primer Congreso Nacional de Asistencia en el Distrito Federal, buscando de esta manera inscribir un carácter científico y técnico sobre las formas de intervención estatal en la población. Oficialmente el IMSS y la SSA se crearon como una política del proceso de industrialización, ya que debido al gran auge industrial y para afianzar el establecimiento del Estado estabilizador, se propició las alianzas con los trabajadores, en esta etapa de desarrollo se incrementaron las exportaciones y se observó una importante expansión económica y como consecuencia una inversión en proyectos de transporte y comunicaciones, en generación eléctrica, en dotación de agua, en salud y educación.

Una vez instaurado el organismo de la Seguridad Social, y afianzado el Aparato Asistencial, mediante la asistencia privada, en nuestro país se comenzó a trabajar tanto en la atención a la salud como en otros rubros: vivienda, pensiones, jubilaciones, etc. y como obviamente se puede suponer también se establecieron diversas técnicas de control: los derechohabientes pasaron a formar parte de una serie de listados; se comenzaron a realizar registros mucho más finos sobre número de nacimientos, porcentajes de enfermedades, clasificación de las mismas; se organizaron los niveles de atención y organización de la Seguridad Social según regiones geográficas, grupos ocupacionales, tasas de morbilidad, mortalidad; las instituciones de asistencia privada también reglamentaron sus formas de atención, proliferaron un sin fin de organizaciones de asistencia con el objetivo de atender a niños de la calle, adolescentes embarazadas, niños con discapacidad, personas mayores, etc.

Reflexionar alrededor del proyecto de la Seguridad Social y de la Asistencia, nos remite a pensar en el fracaso del mismo, en la medida que no existe un sistema real de protección para la población; en un principio se pensó en la creación de un sistema de atención que permitiera dar a los trabajadores y sus familias un mínimo de bienestar a través de la seguridad social o mejorar la calidad de vida de ciertos grupos mediante la asistencia, lo cierto es que actualmente no se tienen condiciones económicas y políticas coherentes, que garanticen en pleno el propósito para el cual fueron construidas dichas instituciones.

A partir de la disciplina médica se crearon una serie de modelos para entender la manera de relación del hombre y sus procesos de salud/ enfermedad/atención, los movimientos sociales y científicos que apuntaban a desterrar la enfermedad y construir espacios de bienestar fracasaron, aparece entonces la institución de la salud que más allá de generar formas de comprensión sobre los procesos de salud/enfermedad/atención, reproduce un modelo iatrogénico de la enfermedad. Es decir, la disciplina médica se fue alejando de los planteamientos originales del saber médico y poco a poco se han construido formas de atención menos preocupadas por el enfermo. Observamos entonces el proceso salud/enfermedad como:

Un espacio de intervención racional, tecnológica,
El elemento subjetivo del padecimiento se aleja de los
principios básicos de la medicina,
El sujeto enfermo es la enfermedad-objeto, aquello que se
manipula e interviene.

Los diversas significaciones que aparecen sobre la salud están atravesadas por mecanismos de observación, clasificación, control y espera, conformando un imaginario sobre los procesos salud/enfermedad/atención, en el cual se niega los procesos autónomos de los sujetos.

El imaginario mercantil sobre la salud

Pensar sobre la institución de la salud, nos obliga a reflexionar en las producciones de sentido que se han construido desde la lógica estatal de aquello que hemos llamado salud, proceso de salud/enfermedad, o cura. La salud ha sido significada a lo largo de la historia de múltiples maneras, pero la construcción del Estado Liberal permitió la creación de nuevas significaciones imaginarias sociales en torno no sólo a la salud sino a otras instituciones. El Estado liberal dio paso a los derechos civiles y políticos, así como a la construcción de un mercado de los bienes de consumo regulados por la oferta y la demanda, de este modo se establecieron las relaciones entre el Estado y la sociedad generando condiciones extremas entre los que poseían riquezas y quienes las generaban. En nuestro país, este momento lo podemos ubicar a partir de la expedición de las Leyes de Reforma (1859-1860). A través de estas leyes se promulgó la separación entre los poderes religiosos y políticos, y se estableció libertad de culto, el matrimonio como contrato civil, la ley del registro civil que permitió realizar un registro de nacimientos y defunciones para la población.

A partir de la consolidación del Estado liberal se puso en escena una nueva forma de organizar y pensar a la sociedad, por lo tanto se presentó la oportunidad de reflexionar sobre la salud desde sus formas institucionales como un bien común, un derecho, un espacio de equidad y hasta una mercancía.

La salud-bien común

En la actualidad nuestras sociedades han marcado una clara diferencia sobre aquello que debemos entender como bien común, por lo menos en las grandes urbes, no es fácil encontrar en los distintos grupos que conforman a la sociedad la idea de un bien generalizado para todos, existe más bien una idea explícita sobre la propiedad, lo que se tiene y a lo que se debe acceder. Las producciones de sentido en torno a las significaciones imaginarias sociales de la salud no escapan a esta lógica de lo privado. La institución de la salud en tanto creadora constante de nuevos saberes está determinada por factores culturales y sociales, además de los económicos, por lo tanto cada cultura tiene una noción de lo que significa ser saludable, aunque también es cierto que el uso de la tecnología y la visión globalizadora del mundo han establecido estándares de lo que esto significa. En este sentido no se puede imaginar a la salud como un bien común legítimo de las sociedades.

La salud-un derecho

Hablar del bien común supone una discusión sobre los derechos humanos. La más conocida y usada clasificación de los derechos humanos se basa en el criterio del origen histórico de los derechos, ubicándolos por generaciones.... La primera generación: derechos civiles y políticos... segunda generación: derechos de contenido económico, social y cultural.... Y la tercera generación de derechos, aún en formación, constituida por los llamados *derechos de solidaridad*, corresponden de manera general a la creación de condiciones que permitan la vigencia efectiva de los

derechos de la primera y segunda generación. Se habla así del derecho al desarrollo, a la paz, a la libre determinación de los pueblos, etc.¹²⁵

En las sociedades modernas ante el desigual reparto de la riqueza, se ha generado una clara confusión con respecto a la forma en que se reconocen y se viven los derechos y obligaciones sociales y civiles de la población, lo que ha ocasionado la formación de sujetos sin una conciencia real del ser ciudadanos, por lo tanto no es de sorprenderse que gran parte de la población se asuma como sujetos a los cuales se les debe de asistir, sin la capacidad para poder exigir derechos, ya que tampoco asumen obligaciones. Una de las primeras obligaciones y derechos que el ciudadano común debe tener es el cuidado de sí, ejercer su derecho a la salud, y en términos más precisos su derecho a la protección de la salud, lo cual implica el derecho a una vida con calidad, por lo tanto no se limita solamente a los servicios médicos, sino a diversos factores como son: alimentación, vivienda, espacios de recreación, entre otros.

El Estado es quien debería asumir la protección tanto de los derechos humanos, como del bien común, pero en la medida en que se han establecido diversas políticas neoliberales se ha desentendido, dejando de generar condiciones favorables en sus instituciones para garantizar los derechos sociales, civiles, políticos y económicos. Por lo tanto, observamos cada vez más que el ciudadano, sobre todo aquel con menor capacidad económica, tiene menor acceso a los mínimos de bienestar como

¹²⁵ Véase G. Martínez Bullé, "El derecho a la Salud como un derecho Humano", *Seminario Salud y Derechos Humanos*, número 13, Ed. Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1991, p. 46.

son: trabajo, educación, vivienda y salud. Ahora nos regimos por una lógica del mercado: oferta y demanda, y los principios de justicia social, los cuales “proporcionan un modo para asignar derechos y deberes en las instituciones básicas de la sociedad y definen la distribución apropiada de los beneficios y las cargas de la cooperación social”,¹²⁶ han sido relegados, omitidos o simplemente mal interpretados.

Salud-mercancía

Bajo una perspectiva mercantilista, el Estado ha dejado de proporcionar a la población servicios básicos en materia de salud, ya que a partir de las medidas económicas aplicadas encontramos que las instituciones de salud pública no pueden afrontar los retos de este nuevo sistema global de salud, ocasionando que los ciudadanos tengan un gasto extra en el cuidado de sí, el denominado “Gasto de bolsillo”, es decir, son los ciudadanos quienes se encargan de pagar por los servicios de salud.¹²⁷ Un dato importante es que en México quienes menos tienen generan más gastos de bolsillo que aquellos que cuentan con mayores recursos, esto se debe a que la salud no solamente se puede definir como la ausencia de enfermedad, sino lleva implícito el reconocimiento de diversos factores que atañen a los sujetos

¹²⁶ J. Rawls, *Teoría de la justicia*, 2 ed., Fondo de Cultura Económica, México, 1995, p.18.

¹²⁷ En cuanto al mal desempeño en los gastos de salud al interior de sus instituciones, México ocupó el lugar 144 a escala mundial, por arriba de Brasil y Chile, pero muy por debajo de Costa Rica y Colombia. Este mal desempeño se debe al hecho de que más de la mitad de la población mexicana carece de seguro de salud. Esta población se ve obligada frecuentemente a enfrentar sus necesidades de salud con gastos de bolsillo. Se calcula que en México alrededor de 50% del gasto total en salud es gasto privado y casi la totalidad de este gasto es de bolsillo. O. Gómez-Dantés et. al., “La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud”, *Salud Pública Mex*; 46, 2004, p.409.

como son: la calidad de vida, la educación, el tipo de alimentación, el acceso a servicios públicos.

Además es importante reconocer que si bien las instituciones de salud pública más importantes en el país: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) fueron creadas para atender a las necesidades de la clase trabajadora en México, en la actualidad se deja de lado un porcentaje alto de la población productiva, sobre todo aquellos trabajadores eventuales y sus familias (estudiantes, mujeres trabajadoras, niños), por lo tanto en muchos de los casos este sector de la población recurre a la atención privada y tiene que realizar gastos imprevistos para solventar algún tipo de enfermedad, mermando así su capacidad económica.

El modelo de salud neoliberal se ha ido trazando en México desde la década de los ochenta y se cristalizó a través de un documento presentado por el Banco Mundial (BM) titulado *Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1993. Invertir en Salud*. Al respecto es importante rescatar el análisis que realiza Asa Cristina Laurell del documento señalado, entre otras cosas se establece que la salud pertenece al ámbito de lo privado y los Estados-gobiernos se deben de ocupar del rubro cuando los privados no quieren o puedan resolver problemas en relación de la salud, además manifiesta que el principal responsable de la salud es el individuo y el grupo familiar que deben adaptar conductas saludables y

resolver sus necesidades adquiriendo los servicios médicos necesarios en el mercado.¹²⁸

A partir del lineamiento establecido por el BM se ha dado una presión constante tanto de las grandes trasnacionales y aseguradoras como de los monopolios hospitalarios privados, para que los estados nacionales, entre ellos México legislen a favor de la disminución progresiva de los presupuestos en el rubro de Salud Pública, se busca por lo tanto de manera paulatina la privatización de los sistemas de salud, de esta manera poco a poco se han ido transfiriendo responsabilidades públicas de los sistemas pensionarios hacia empresas privadas y bancos, en nuestro país baste observar la Reforma del IMSS, del ISSSTE, creación de AFORES. Como consecuencia de lo anterior se disminuye el cuadro básico de medicamentos, el número de camas y médicos por paciente, así como el tiempo de atención a cada paciente, por lo tanto se merma significativamente la calidad de la atención a usuarios del IMSS, ISSSTE y Salubridad. Este modelo médico neoliberal no se basa en el derecho humano a la salud sino en la mercantilización absoluta de la misma, además de que transfiere la responsabilidad pública del Estado a los particulares, estableciendo claramente clases sociales diferenciadas para la atención a la salud, violando la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Con todo esto se instituye en las significaciones imaginarias sociales con fuerza la salud como mercancía y no como derecho universal.

¹²⁸ Véase A. C. Laurell, (coord.). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. Representación Friedrich Ebert Stiftung en México/Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México, 1995. www.javeriana.edu.co/Facultades/C_Sociales/Profesores/jramirez/PDF/laurell.

Bajo esta lógica de mercado la salud se dibuja como un bien no accesible para todos y además la salud no se piensa en función de qué y cómo se vive, sino en relación con la enfermedad o el padecimiento. Estas formas económicas y políticas sobre la salud van creando en los sujetos usuarios de los servicios de salud una forma de entender y vivir su salud, es decir distintas significaciones imaginarias sociales, ya hace un rato que se dejó la idea del bien común y del derecho a la salud, misma que ha cambiado por pensar a la salud y todo aquello que se relacione con ella en función de un costo-beneficio. De este modo, se establece un imaginario mercantilista sobre la salud.

Ahora bien, el poseer una “buena salud” depende de las diversas posibilidades económicas que permiten a las personas contar con los mínimos de bienestar, debido a ello, la salud ha pasado de ser un bien común a una mercancía; por lo tanto, la población en general no siempre tiene derecho a ella, lo cual se ve reflejado en los estilos de vida, los cuales son una de los principales factores que influyen en el derecho a la salud, no siempre el bien salud se establece mediante las nociones de equidad, igualdad y justicia, el derecho a la salud no se representa sólo mediante el acceso a los servicios de salud, como el servicio médico en general, sino también en la construcción de una buena calidad de vida, lo que conlleva a acceder a distintos derechos como son: el derecho a una vivienda, el derecho a espacios de esparcimiento, el derecho a educación, a trabajos bien remunerados, el derecho al tiempo libre.

En su conjunto, una calidad de vida decorosa permite estilos de vida saludables, lo que debe garantizar el derecho a la salud, entendiendo ésta no sólo como una ausencia de enfermedad, sino como un conjunto de factores que determinan un proceso (salud/enfermedad/atención) y dependiendo del estilo de vida, los riesgos físicos pueden aumentar o disminuir.

La situación de equidad e igualdad con respecto a los derechos en nuestro país es notoriamente desigual, no existen modalidades de comparación en términos de calidad de vida entre las personas que carecen de los recursos y aquellas que tienen un ingreso superior al estándar. Es importante rescatar una discusión teórica al respecto de los factores que impactan en la salud de las personas; existen dos posiciones principales: quienes identifican a las condiciones socioeconómicas y quienes identifican a los estilos de vida o decisiones individuales. La primera explicación se relaciona con el principio de justicia, mientras que la segunda con el principio de autonomía.

A partir de estos planteamientos, se abre una discusión interesante con respecto a la elección de estilos de vida y la salud, con lo cual se ha llegado a pensar que la responsabilidad de enfermarse recae en el sujeto, a partir del tipo de estilo de vida. En muchos casos, efectivamente se puede pensar que es el sujeto quien elige ciertos riesgos en su estilo de vida que pueden repercutir en sus procesos de salud-enfermedad, aunque es cuestionable la elección de los riesgos en cierto niveles socioeconómicos, porque también tendríamos que pensar que los estilos de vida son generados por los sistemas económicos, los cuales pueden derivar en un asunto de injusticia, ya que aquel que

más tiene puede tener mejores condiciones de vida, y aquellos sectores de la población menos favorecidos tendrán un estilo de vida menos sano. Por lo tanto, podemos pensar que los procesos de salud-enfermedad pueden ser provocados tanto por una elección personal como por un estilo de vida no elegido.

Lo cierto es que el Estado no garantiza el derecho a la elección de diversos estilos de vida, finalmente éstos están determinados por las necesidades económicas de la población, ya que los sectores sociales con mayor poder económico tienen mayores posibilidades de elegir un estilo de vida **saludable**, es decir, tener una mejor calidad de alimentación, tiempo para realizar ejercicio, la posibilidad de elegir lugar de trabajo o el lugar donde quieren vivir, mientras en las clases menos favorecidas la posibilidad de elección es casi nula. Los estilos de vida están determinados por factores económicos, lo cual repercute de manera importante en el acceso al derecho a la salud.

Existe un problema de justicia social con respecto al derecho a la salud, ya que nuestras instituciones no garantizan la posesión de un bien común como es la salud y lo convierten en una mercancía, y tampoco existe un principio de equidad al respecto, ya que aquellos que menos recursos tienen son los que más enfermedades padecen y cuentan con menos posibilidades de cura. El Estado no ha garantizado para la población en general sistemas de salud adecuados, ni acceso a los mismos, lo que ha ocasionado una gran desigualdad social. En nuestro sistema económico, cada vez es más común observar que las personas optan por servicios de salud privados no porque quieran elegir al respecto sino porque las instituciones de salud pública no tiene la

capacidad de atención que deberían y en ellas no se resuelve los problemas inmediatos de salud.

El Estado ha marcado la pauta para construir en los sujetos significaciones imaginarias sociales con respecto a la salud, bajo esta perspectiva en el siglo XXI lo que se dice y piensa sobre la salud deriva de la concepción mercantilista del Estado, si bien la salud-mercancía o la salud-derecho operan bajo una lógica similar, ya no importa el sujeto, si no el acceso a los servicios de salud y cómo se acceden a ellos, lo que va trastocando el sentir y la mirada de las personas que padecen una enfermedad y utilizan los servicios de salud ya sean públicos o privados, el *inconsciente institucional* se concretiza en el actuar de las personas, es decir, las personas se ocupan de su salud si reedita en función de su productividad. Los sistemas de salud lejos de generar un bienestar común, actúan como portadores y reproductores de los distintos padecimientos, el mensaje que se generaliza no es la atención a la salud, sino más bien la cura a las enfermedades; se da por hecho la atención de una población enferma y se niega por completo el fin para el cual fueron creados: la procuración de la salud.

Foucault realizó un análisis del Plan Beveridge, en el cual refería como la salud se convirtió en objeto clave para el desarrollo del Estado moderno, y de la aplicación de dicho plan se estableció una higiene moral con respecto a los cuerpos, además de una la relación salud-mercado y salud-control político.¹²⁹ Lo anterior tiene una vigencia actual, ya que el establecimiento de las distintas instituciones creadas para dar atención a la salud han generado una forma particular de significar a la salud en nuestros días. Los

¹²⁹ Véase M. Foucault, "La política de salud en el siglo XVIII", *op. cit.* p. 343-345.

procesos de institucionalización de la salud nos llevan a significar dicha noción alrededor de dos ideas que circulan diariamente en el hacer de los sujetos: el libre mercado y la privatización de los servicios.

En este contexto, la construcción de las significaciones imaginarias sociales sobre la salud giran alrededor de la lógica del mercado, la institucionalización de la salud encarna y expresa el fracaso del proyecto de salud para todos, en nuestra sociedad como muchas otras, la salud lejos de ser un bien común, un derecho, es una mercancía que se puede acceder a ella bajo los esquemas del mercado, mismos que el aparato estatal reproduce en los sujetos, otorgando un valor de bien en tanto estado de productividad.

Por lo tanto, se debe de pugnar por ampliar la forma en que significamos nuestra salud o el derecho a la misma; entendiendo ésta como un proceso en el cual se conjuntan los mínimos de bienestar para contribuir al equilibrio físico, emocional y social de los sujetos, dejando de pensar el derecho a la prevención en la salud como solo la posibilidad de acceso a los servicios sanitarios, los cuales son una parte importante dentro del engranaje, pero no son lo único. Se deben de proporcionar y promover medidas que permitan realmente establecer parámetros de calidad de vida en la población.

El derecho a la salud como cualquier bien común debe ser proporcionado por sociedades justas, Rawls menciona que "la justicia es la primera virtud de las instituciones sociales [...] Cada persona posee una inviolabilidad fundada en la justicia que ni

siquiera el bienestar de la sociedad en conjunto puede atropellar”.¹³⁰ En este sentido, el derecho a la salud debería ser un bien común al que todo sujeto podría acceder, pero la realidad es que existen diversos factores económicos y sociales, los cuales ciertamente no permiten un derecho a la salud en igualdad de oportunidades, y la salud ha pasado de ser un bien común asequible a todos, a una mercancía que se paga a partir de las posibilidades económicas de los usuarios de los servicios de salud.

Reflexionar sobre las formas en que se significa a la salud, pretende ir más allá de pensar en la ausencia de las enfermedades o el padecimiento de las mismas, implica el reconocimiento de diversos factores que deben procurar una mejor calidad de vida y de prevenir enfermedades. Analizar los procesos de institucionalización de la salud ponen de manifiesto distintas problemáticas que se deben enfrentar en estos tiempo, ¿Cómo acceder al derecho a la salud, si nuestras expectativas de vida son cada día mayores?, ¿cuáles serán las repercusiones del adelgazamiento de los recursos sanitarios?, ¿Cómo lograr una verdadera equidad en la atención de los procesos salud/enfermedad/atención?, ¿cómo crear mecanismos que permitan la reflexión en torno a los problemas de salud de los usuarios de los servicios y de esta manera favorecer procesos autónomos en relación a la salud?. Tratar de dar respuesta a las preguntas planteadas, así como pensar en la posibilidad de significar a la salud fuera del ámbito mercantil nos permitirá recuperar espacios como sujetos con posibilidades de creación.

¹³⁰ J. Rawls, *Teoría de la justicia*, op. cit. p. 19.

La institución de la salud productora de cuerpos y significaciones

¿Qué les queda por probar a los jóvenes
en este mundo de paciencia y asco?
¿sólo graffiti? ¿rock? ¿escepticismo?
también les queda no decir amén
no dejar que les maten el amor
recuperar el habla y la utopía
ser jóvenes sin prisa y con memoria
situarse en una historia que es la suya
no convertirse en viejos prematuros.
Mario Benedetti.

Si bien, hasta ahora hemos tratado de entender los procesos de institucionalización de la salud, es importante detenernos a reflexionar cómo a través de dichos procesos se producen distintos tipos de saberes que se concretan en el hacer de los sujetos a través de las formas en que significan su salud. Pensar la salud o las significaciones imaginarias sociales sobre la salud nos remite a la materialización de la misma en el cuerpo, entendido éste desde una perspectiva biológica pero que construimos desde nuestro hacer social.

De la manera más simple podemos decir que a través los procesos de institucionalización de la salud la disciplina médica se ha encargado de normalizar los cuerpos por medio de los tratamientos médicos sobre las enfermedades, se nos enseña como debemos de tratar, pensar y ver nuestro cuerpo; no es gratuito que ahora existan tantas especialidades médicas como alergología, cardiología, podología, rinología, nefrología, neurología, nutrición, oncología, oftalmología, pediatría,

ginecología, geriatría entre muchas otras, la mirada clínica ha segmentado y puesto atención en el sujeto enfermo en tanto órgano a tratar, de tal manera que la intervención médica sobre el cuerpo invisibiliza a los sujetos sanos, es decir somos sujetos mirados por la institución de la salud en tanto necesitemos desarrollarnos (los niños) y presentemos algún síntoma de enfermedad, por lo tanto no es gratuito ver que la población mayoritariamente atendida por los sistemas de salud son niños, mujeres y adultos mayores.

En general los sistemas de salud han dirigido su atención en la cura de las enfermedades más no en la prevención de las mismas, de esta manera podemos entender como los jóvenes no son considerados como un grupo de población en riesgo. La institución de la salud no centra su atención en los jóvenes ya que son los que minoritariamente se enferman, pero paradójicamente se convertirán en la población que en un futuro requerirá mucho mayor atención sanitaria.

En este sentido, pensar la relación entre la institución de la salud y los jóvenes supone un ejercicio interesante ya que este sector de la población al ser considerado como "*saludable*" sólo se le pone atención cuando presentan problemas de adicciones, embarazos no deseados y problemas de alimentación, poca atención se presta a su acontecer diario, a su ritmo de vida, a sus procesos de salud/enfermedad/atención. Existe una ambivalencia al pensar en el joven, se tiene un sentido positivo cuando se cree que el joven tiene la capacidad de hacer todo, de no enfermarse y que tiene todas las condiciones para realizar proyectos o bien en el sentido negativo se le condena por su

forma de vestir, su música o la forma en que habla; son apreciados por su capacidad de voto, pero reprimidos en su participación política; los jóvenes se han convertido en un sector de la población que se capitaliza en términos políticos, mercantiles, como fuerza de trabajo pero no existe desde la mirada del Estado un verdadero conocimiento sobre los jóvenes en nuestro país y de ahí el vacío que encontramos en la planeación y estrategia de programas dirigidos a ellos, como ejemplo de ello podemos citar el Plan de Desarrollo (PND) de los gobiernos de Vicente Fox (2001-2006) y de Felipe Calderón (2007-2012).

Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2001-2006 :

Incorporar integralmente a los jóvenes al desarrollo del país, por medio de una política nacional de juventud que permita promover las oportunidades de este grupo. Formular una política incluyente e impulsar la apertura de oportunidades para el desarrollo humano, social y productivo de los jóvenes mexicanos como actores estratégicos en el desarrollo del país. Esto les permitirá **integrarse plenamente** y contar con canales de comunicación para expresarse.¹³¹

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012:

Objetivo 19

Instrumentar políticas públicas transversales que garanticen las condiciones necesarias para el desarrollo integral de los jóvenes.

¹³¹ PRO-JUVENTUD, Programa Nacional de Juventud 2002-2006, Instituto Mexicano de la Juventud, SEP, p.21.



ESTRATEGIA 19.1 Fortalecer a la familia para fomentar el bienestar juvenil y su debida **integración a la sociedad**. El fortalecimiento de la familia contribuye directamente al bienestar juvenil y a su integración en la sociedad. El bienestar juvenil aglutina diversos aspectos de la vida de las personas que van desde la salud física y mental, la existencia de las condiciones de vida digna, hasta la disponibilidad de tiempo y espacio para el desarrollo de la creatividad y el sano esparcimiento, todo ello en un clima de respeto a la identidad personal y a la diversidad. El desarrollo integral de los jóvenes plantea como premisa fundamental la inclusión de quienes, por situaciones diversas tales como características físicas, geográficas, económicas, de género, entre otras, requieren de atención especial por parte del Estado y de la sociedad en su conjunto.¹³²

Es importante hacer notar que se dice *Integrar a los jóvenes*. Entonces ¿los jóvenes están fuera de la sociedad?, ¿Qué tipo de sujetos jóvenes son los que el Estado construye a través de sus políticas públicas? Al parecer son sujetos de riesgo; el Estado ha tratado de encausar a la juventud que se encuentra en circunstancias económicas y políticas desfavorables, pero en realidad no da cuenta de lo que pasa con la juventud como grupo, de las significaciones del ser joven.

El Estado ha construido a través del tiempo y desde su lógica distintas miradas sobre la juventud, lo cual se ha traducido en la instrumentación de diversas políticas. Se han establecido arquetipos sobre la juventud construyendo así ciertos modelos que dotan a la misma de significaciones que a la vez la identifican como un colectivo, modelos que han permitido categorizar de forma oficial a la juventud según la época a la que se hace

¹³² *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*. Rubro 3.7 familia, niños y jóvenes, sin página. www.presidencia.gob.mx.

alusión, es importante hacer notar que estos modelos se han repetido y mezclado en los últimos cincuenta años. El primer vínculo que se realizó fue el de la juventud y el deporte, más o menos en la década de los cincuenta, pareciera ser que todos los jóvenes deberían de estar relacionados con una actividad deportiva, o al menos interesados en ellas, se promovieron este tipo de políticas como una solución para algunos problemas sociales como la drogadicción, principalmente; en los años sesenta se instaura un modelo de control social, en algunos países latinoamericanos como Chile o Argentina, por ejemplo, se prohibió cualquier tipo de manifestación juvenil, la represión era total por parte del Estado. En el caso de México, a finales de esa década, las luchas estudiantiles (quienes en aquella época se identificaban como el sector juvenil) fueron perdiendo fuerza y diluyéndose en propuestas mucho más generales como problemas de justicia social, una vez pasada la etapa de clara represión física, las formas de control cambiaron, se volvieron sutiles, al parecer la represión se transformó en un silencio y en olvido. Baste recordar a los desaparecidos, a los presos, a todos aquellos que se pretendía borrar, no recordar, la estrategia comenzó a ser el silencio; ya en los ochenta el modelo que se pretendía para los jóvenes tendía a enfrentar dos puntos principales: la pobreza y la prevención del delito, aunque se observó, por lo menos en México que fue una época en que el índice delictivos se incrementó considerablemente, así como la proliferación de bandas y pandillas, al parecer el Estado no atinaba a construir bajo su óptica una solución posible o alternativa alguna para este sector de la población. En la década de los noventa se generó una política de exclusión, no se crearon oportunidades de trabajo o de ingreso a los centros educativos, pareciera que los jóvenes no

fueron un sector prioritario, se pone de manifiesto la generación X; para principios del siglo XXI la situación se complica ahora encontramos a los *ninis*, jóvenes que ni estudian, ni trabajan, producto de las políticas neoliberales implantadas en la década de los ochenta. No existen condiciones sociales o políticas que garanticen el bienestar de los jóvenes, un tema que queda pendiente como parte de los procesos de salud en los jóvenes es la violencia que se observa en nuestro país, jóvenes que son asesinados en un reten militar o en una fiesta. En forma breve presentamos la mirada que se ha construido desde el Estado hacia los jóvenes, pero es importante incluir la mirada de los jóvenes, sobre sus distintos procesos y formas de comprender y significar su día a día.

Los jóvenes en el tránsito por diversas instituciones encuentran espacios para reflexionar, produciendo redes simbólicas de significados alrededor de aquello que se presenta en su diario acontecer, momentos de cierre y clausura son los que les permiten avanzar en el conocimiento de sí mismos, por lo tanto no podemos pensarlos sólo como receptores de las miradas estatales convertidas en políticas públicas. Pensar en la juventud mexicana conlleva más allá de la clasificación, se debe pensar a la juventud como una categoría en la cual convergen un sin fin de miradas, contextos políticos, espacios históricos, momentos económicos, la juventud es un sujeto colectivo que incide de forma directa en el hacer de la sociedad.

Los jóvenes en tanto sujeto colectivo son producto de la sociedad en un contexto histórico-social determinado por lo tanto la interacción con su espacio social se puede observar de múltiples

maneras, podemos encontrar jóvenes organizados en colectivos, aquellos que se identifican por la forma de vestir, de actuar, los que simpatizan con alguna causa social, los que consumen drogas, los que son padres, los que van a la escuela, los que no trabajan, en fin la lista es larga; lo interesante a observar es cómo los jóvenes se apropian de estos espacios, cómo trastocan y redefinen su diario acontecer crean significaciones imaginarias sociales alrededor de su vida cotidiana que les permite apropiarse de los espacios en los que viven. Estas formas de resignificar sus espacios generalmente se acompañan con procesos de resistencia, es decir aquello que Ardoino ha llamado la *negatricidad* como propiedad fundamental del sujeto, "Entiendo por esto la capacidad del sujeto de siempre dar la vuelta, desarmar, deshacer con sus propias contraestrategias la estrategia de la que se siente objeto, incluyendo la estrategia de conocimiento. Porque sabemos que la investigación es estrategia de conocimiento: se construye un dispositivo, se aplican métodos para construir un objeto de investigación. Pero el objeto sujeto de conocimiento tiene negatricidad propia y puede entonces deshacer la investigación."¹³³

Estas formas de *negatricidad* de la juventud se observan en las maneras en que se cuestiona y se vive por parte de los jóvenes las diferentes instituciones, en este sentido podríamos pensar si estas conductas tachadas como inadecuadas no son más que las maneras en que los jóvenes cuestionan a las instituciones. Podremos estar de acuerdo o no con respecto a las formas de recuperación de espacios simbólicos por parte de los jóvenes,

¹³³ J. Ardoino, *Lo multirreferencial en torno a los problemas de investigación*, Conferencia dictada el día 21 de noviembre de 1988, en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Transcripción de Alejandra García, David Paredes y Alma Luz Martínez. Traducción Roberto Manero Brito, pp. 9-10.

sobre todo cuestionamos que en muchos de los casos la manera de tener presencia se busca mediante el consumo de drogas, la delincuencia u otras formas que den cuenta de aquello que la sociedad ha planteado como lo negativo, como también pueden ser los movimientos políticos o de lucha social; pero no podemos perder de vista que estas expresiones, cualesquiera que estas sean, plantean una recuperación de la significación del joven mediante sus propias formas de mirarse y reconocerse con los otros, son espacios contruidos a partir de sus producciones de sentido, muchos jóvenes han aprendido a crear nuevas maneras de vivir su realidad de forma tangencial a la institución de la sociedad.

Acceder a estos espacios que se han construido como un contrario de aquellos otros que las mismas instituciones han formado, me parece un lugar privilegiado para acceder al conocimiento de este sector de la población tan vitoreado y satanizado según el momento político y social, estos espacios de su hacer cotidiano finalmente dan cuenta de los formas en que han significado el tema que nos ocupa, la salud y los múltiples referentes alrededor de la mismas.

La institución de la salud: la mirada clínica sobre la juventud

La institución de la salud ha dejado de lado a la población joven al no considerarla como una población en situación de riesgo, sin embargo en el devenir de la historia la disciplina médica ha construido una mirada clínica sobre la construcción del sujeto adolescente. Es importante hacer notar esta diferencia ya que en

muchas ocasiones las nociones sobre adolescencia y juventud han sido tratadas de manera similar pero tienen un origen distinto y por lo tanto teóricamente un abordaje diferenciado, por lo tanto para poder aproximarnos a la reflexión que nos ocupa es pertinente realizar un alto y entender los conceptos de adolescencia y juventud, por tres razones: primero la construcción sobre adolescencia se originó a partir de una mirada clínica sobre los sujetos en un grupo de edad definida de 10 a 19 años, lo cual permitió el estudio médico sobre el cuerpo y su desarrollo; en segundo lugar existen pocos estudios sobre los temas de salud y juventud, ya que no se les atribuyen problemas de salud pública, y por último observamos un uso indiscriminado de los conceptos sobre adolescencia y juventud, lo cual confunde sobre el tipo de población con la cual se trabaja o para la que se realizan ciertas políticas públicas.

Los conceptos sobre *Adolescencia* y *Juventud* han sido utilizados para referir una etapa de transición en la vida de todos los seres humanos, la cual corresponde tanto a un desarrollo físico, emocional y social, se debe precisar que los referentes teóricos de dichos conceptos difieren entre sí; ya que cada uno por sí mismo implica una construcción de sujeto y alude a distintos aspectos políticos, ideológicos y culturales. Sin embargo, es común observar el uso indiscriminado de los mismos, por tal motivo es importante precisar las formas en que la institución médica ha ido construyendo su relación con estas dos nociones adolescencia y juventud.

Los primeros acercamientos de la disciplina médica con la idea de lo joven, vía la construcción de un sujeto en proceso de maduración se pueden rastrear desde de 1790, aunque la primera publicación que se conoce al respecto se realizó en 1877 por un médico llamado Bowditch, en dicho artículo se hace alusión a los procesos de crecimiento en una etapa de desarrollo primaria (adolescencia). En 1884 se crea la *Medical Office of school Association*, quien asume la tarea de publicar un código de normas para prevenir enfermedades en los adolescentes.¹³⁴ En 1904, un psicólogo americano llamado, G. Stanley Hall, definió por primera vez el término adolescencia en su libro *Adolescence and its relation to psychology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*, en el cual se establece un parámetro de edad entre los 16 y 19 años para esta etapa de la vida.¹³⁵ Con la definición de Hall se inicia una importante área de estudio sobre el ser humano, se hace evidente el desarrollo de crecimiento físico que trae consigo un sinnúmero de cambios fisiológicos. La mirada de los investigadores se centra en dar a conocer los cambios físicos en esta etapa, por ejemplo en 1905, Jastrow publicó *La evolución natural de la adolescencia*; en 1909 un científico europeo llamado Stratz dio cuenta del primer intento de explicar los estadios del desarrollo mamario. Para 1918, un grupo de investigadores encabezados por Amelia Gates dieron a conocer información que se había recopilado en la primera clínica para dar atención a los adolescentes, en su trabajo titulado *The*

¹³⁴ Véase G. Galdó Muñoz, "Consideraciones sobre la historia de la medicina en la adolescencia", *Pediatría Rural y Extrahospitalaria*, Mayo, Vol. 35, No. 330, 2005, pp.177-181; G. Barbosa, (2007), "Historia de las publicaciones médicas y de los eventos académicos que facilitaron el desarrollo de la ginecología pediátrica y adolescente", *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Mayo, Vol. 58, No. 2, 2007, pp. 159-166.

¹³⁵ L. Passerini, "La juventud, metáfora del cambio social (dos debates sobre los jóvenes en la Italia fascista y en los Estados Unidos durante los años cincuenta)", *Historia de los jóvenes II. La edad contemporánea*, Taurus, México, 1996, p. 420.

work of the adolescent clinic of Stanford University Medical School, se hace hincapié en que los adolescentes debían ser entendidos como un todo y no como sólo un padecimiento o enfermedad, poco eco tiene esta reflexión y la ciencia médica se encargó de establecer patrones de estudio para los adolescentes, se estudió su cuerpo y su desarrollo físico, de esta manera se institucionalizó una mirada clínica sobre esta etapa de desarrollo.

Entre 1940 y 1950, en el mundo aparecieron una serie de institutos para la atención y estudio de los adolescentes en Estados Unidos se creó La Unidad para Adolescentes en el Centro Médico de Niños de Boston, Massachussets, es importante destacar que la finalidad de este centro fue establecer los lineamientos clínicos para tratar padecimientos propios de los adolescentes; en 1940 se estableció en Checoslovaquia el primer servicio ginecológico para niñas y adolescentes y en 1942 tomando como base los estudios de Stratz se publicó un artículo titulado *Estudios somáticos y endocrinos de varones púberes y adolescentes*¹³⁶, este documento es notable ya que se puede considerar como el primer sistema de clasificación en estadios para la evaluación de la pubertad; en ese mismo año aparece la primera publicación sobre ginecología pediátrica en Estados Unidos realizada por el Dr. Goodrich Schauffler.¹³⁷

Los programas clínicos sobre medicina del adolescente tuvieron repunte importante en la década de los cincuenta, proliferaron los estudios sobre endocrinología y cardiología, ya que las

¹³⁶ Véase G. Galdó Muñoz, "Consideraciones sobre la historia de la medicina en la adolescencia", *op. cit.*, pp.177-181.

¹³⁷ G. Barbosa, "Historia de las publicaciones médicas y de los eventos académicos que facilitaron el desarrollo de la ginecología pediátrica y adolescente" *op. cit.*, p. 161.

investigaciones giraron entorno a padecimientos básicos del desarrollo humano. Este auge por entender el desarrollo fisiológico en este periodo de vida dio como resultado una serie de seminarios. El primer seminario se realizó en Washington, en el año de 1965 la temática giraba en torno a los trastornos ginecológicos de las adolescentes, el segundo seminario se realizó al siguiente año su eje temático fue la nutrición, y hubo una tercera reunión en la cual los grupos de médicos especialistas en adolescencia trabajaron en realizar un diseño experimental de investigación de adolescente, como consecuencia de estos trabajos se creó la *Sociedad Americana de Medicina del Adolescente*.

Dicha Sociedad desde su fundación (1969) ha orientado las investigaciones para su difusión, estableciendo pautas académicas a seguir, ya para 1973 en una reunión celebrada en Chicago se discutieron 12 artículos de investigaciones clínicas y experimentales, estos trabajos fueron base importante para establecer líneas de acción en el campo de la medicina de la adolescencia, así en 1976 la Sociedad Norteamericana de pediatría inauguró sus trabajos sobre adolescencia, y al año siguiente el Consejo Norteamericano de pediatría dio a conocer un curriculum básico en pediatría que incluía el desarrollo de la adolescencia. En 1979, la Academia Norteamericana de Pediatría creó una División de Salud del Adolescente, al mismo tiempo la división de Salud materno-infantil de Departamento de salud y servicios humanos fundó ocho centros de entrenamientos para atención sanitaria interdisciplinaria del adolescente.¹³⁸ En 1980 se publicó por primera vez el *Journal of adolescent Health Care*,

¹³⁸ G. Galdó Muñoz, "Consideraciones sobre la historia de la medicina en la adolescencia", *op. cit.*, p. 180.

revista oficial de la sociedad pediátrica, en dicha publicación aparecen constantemente artículos sobre salud y adolescencia.

En Europa la historia no fue distinta a partir de 1971, algunos especialistas crearon la Federación Internacional de Ginecología Infanto-juvenil (FIGIJ), dicha federación ha establecido alrededor del mundo diversas formas y líneas de trabajo, ha realizado jornadas, simposios, y congresos permitiendo a especialistas europeos y de otros países a intercambiar conocimientos en la materia, es importante mencionar que el último congreso organizado por la FIGIJ se realizó en el 2007 en Sao Paulo, Brasil.¹³⁹ La importancia de la Federación consiste en el intercambio académico que ha establecido con distintos países del mundo, al contrario de los trabajos realizados en Estados Unidos, cuyo círculo de acción es muy cerrado.

Los trabajos realizados a través de la Federación permitieron en América Latina crear la Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología infantil y de la Adolescencia (ALOGIA), cuyo objetivo es integrar a los distintos profesionales en América Latina que se vinculen con temas de investigación o práctica en la medicina de los adolescentes. Actualmente la ALOGIA se encuentra integrada por países como Argentina, Colombia, Chile, Brasil, Uruguay, Paraguay, Perú, Bolivia, Ecuador, Venezuela, Cuba, Panamá, Honduras, Guatemala, México, República Dominicana, Nicaragua, Costa Rica y El Salvador. Algunas de las publicaciones que se pueden encontrar al respecto versan generalmente sobre aspecto ginecológicos: *Pediatric and*

¹³⁹ G. Barbosa, "Historia de las publicaciones médicas y de los eventos académicos que facilitaron el desarrollo de la ginecología pediátrica y adolescente", *op. cit.* p. 162.

adolescent gynecology, Adolescent sexuality and gynecology, Salud sexual y reproductiva en la adolescencia, manual de ginecología infanto-juvenil, ginecología infanto-juvenil, entre muchos otros.

La mirada clínica sobre el sujeto adolescente ha construido un sujeto al que se le observa, estudia e interviene en función de su desarrollo físico, se debe destacar que se pone mayor atención en la figura femenina del adolescente en tanto su capacidad de gestación. En México el conocer sobre el tema de la adolescencia ha sido en muchos sentido guiado por esta mirada médica enfocándose principalmente al tema de la sexualidad ya que supone un problema de salud pública. Algunos de los estudios que podemos encontrar en nuestro país son: *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*, se realizó una revisión de algunos argumentos que definen el embarazo como un problema de salud pública,¹⁴⁰ *Uso del Condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual*, el objetivo de dicho artículo fue investigar el comportamiento sexual y el uso de condón en la primera relación sexual de adolescentes de 12 a 19 años de edad así como la variación en distintos contextos y la influencia de factores sobre el uso del condón en esa primera relación.¹⁴¹ Es importante mencionar que la producción de trabajos al respecto es amplia, generalmente estos trabajos se han planteado principalmente desde disciplinas como la medicina, sociología y antropología.

¹⁴⁰ C. Stern, "El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica Salud Pública de México", *Salud Pública de México*, Vol. 39 (marzo-abril), 1997, <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10639208>

¹⁴¹ C. Gayet *et. al.* "Uso del Condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual", *Salud Pública de México*. Vol. 45, suplemento 5 de 2003.

periodo del desarrollo humano que implicará una serie de protocolos científicos para su análisis, más bien el interés de estudio sobre dicho término se generó del uso que se le da al término por sí mismo, es decir, a través de la historia podemos observar discursos que exaltan las virtudes del ser joven; por ejemplo los argumentos utilizados a partir de 1945 para definir el concepto de juventud, giraban en torno a las producciones económicas y a la necesidad de fuerzas de reserva para poder, por una parte insertar a jóvenes al sistema de producción y por otra, para proveer de nuevas fuerzas en el conflicto bélico. El discurso que se produce alrededor del joven enaltece virtudes como el compromiso, la lealtad, la verdad, y su energía, con lo cual se pretendía reconstruir una sociedad que se había sometido a un desgaste social.

Después de la Segunda Guerra Mundial, la Organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE), conceptualizó de manera oficial una fase de la vida situada entre la adolescencia y la edad adulta: la juventud. Fue a partir de los cambios sociales y económicos producidos por el conflicto bélico, así como por el devenir político que las instituciones del Estado reconocieron de forma oficial, una etapa que permitía la transición de la niñez a la edad adulta, lo cual fue necesario e importante ya que el término adolescente no daba cuenta de esta transición, si no más bien de una etapa de desarrollo físico y emocional, en que los sujetos tenían que pasar para poder dar el salto a la juventud.

Se empezó a gestar una producción discursiva que tuvo un gran impacto cultural a través de la literatura, las películas y diversas expresiones artísticas que comenzaron a cuestionar lo que se

decía del ser joven; al mismo tiempo el Estado trató de formalizar y legalizar a estos *nuevos* sujetos a sus prácticas discursivas, por lo que se crean una serie de instituciones como *Youth Correction Division, Children's Bureau*, el *Committee on Youth Employment*, estas instituciones creadas entre 1945 y mediados de los sesentas, tenían como misión cumplir con delimitar y sostener una idea de la juventud, a la cual habría que encausar. Pero en el transcurrir de la historia los jóvenes como colectivo se fueron haciendo cada vez más visibles tratando de tener espacios concretos en la construcción de las sociedades.

En México se establecieron una serie de instituciones y políticas que han posibilitado construir una mirada institucional sobre la juventud. En 1941 se inauguró el Departamento de Acción Social juvenil, en 1947 se transformó en la Dirección de Acción Social, en 1950 el entonces presidente Miguel Alemán creó el Instituto Nacional de la Juventud Mexicana, (INJM) es importante hacer notar que en el periodo de 1970 al 1976 se redujo la edad para los jóvenes para emitir su voto,¹⁴³ por esas fechas en el INJM se convirtió en el Instituto Nacional de la Juventud (INJUVE); en 1977 se fundó el CREA y a partir de esa fecha se han creado algunos programas para dar atención a la población joven, como el Desarrollo integral del adolescente (DIA) para dar atención a jóvenes de 12 a 19 años por parte del DIF. Con el tiempo el sector juvenil ha tenido mayor presencia en términos de las políticas públicas, a través del Instituto Mexicano de la Juventud

¹⁴³ Es importante recordar en 1970 a dos años de la masacre estudiantil en Tlatelolco (1968) se realizaron una serie de reformas a la Ley Electoral de 1951, entre las cuales se redujo la edad para emitir el voto de 21 a 18 años en un intento gubernamental de recuperar la simpatía del sector juvenil. Véase *El voto en México*, Los sentimientos de la Nación, Museo legislativo, www.diputados.gob.mx/cedia/museo/cuadernos/Voto_Mexico.pdf

se han impulsado diversas políticas como el, Programa Nacional de Juventud 2002-2006, (PRO-JUVENTUD) el Programa Nacional de Juventud (PRONAJUVE) 2008-2012.

Las investigación médica sobre la juventud

Diversos centros académicos y de investigación entre los que podemos citar al INJUVE, UNAM, UAM, FLACSO, El Colegio de México han realizado una basta investigación sobre la juventud tratando temas sobre educación y empleo, sexualidad, culturas juveniles, consumo cultural, religión y valores, adicciones, organizaciones juveniles, jóvenes y política o los movimientos estudiantiles, a través de las investigaciones realizadas se ha dado cuenta tanto de las transformaciones del contexto histórico-social y económico sobre la juventud, como de algunas problemáticas específicas de este grupo de la población. Podemos señalar que no existe una literatura basta en cuanto al ámbito médico, poco se ha trabajado en este sentido ya que alrededor de la figura del joven se crearon una serie de significaciones sociales que no lo han vinculado como un sujeto de la atención médica, aunque esto no sea del todo cierto. La literatura que se encuentra sobre salud y juventud se remite a problemas sobre accidentes de tránsito provocados por el abuso de alcohol, las adicciones, trastornos emocionales y alimenticios. Si bien, hemos detenido nuestra atención en algunos estudios realizados en el campo médico sobre adolescencia es importante documentar el tipo de investigaciones que alrededor de los jóvenes se han producido, ya que en general la juventud es una categoría que ha servido para el análisis de contextos sociales específicos y de quehaceres políticos poca

atención se tiene sobre los espacios de la salud, se puede pensar indudablemente que los jóvenes, por esta condición son portadores de una buena salud, y que el campo médico sólo pone atención a los problemas de salud pública, es decir, a las enfermedades que padece la población en general; intentando rastrear el tipo de trabajos que se han registrado al respecto nos encontramos los siguientes estudios.

En el contexto mundial se observan investigaciones que se realizaron en 1969, en Francia y comparan aspectos de salud entre la comunidad vasca en España, Londres, México y Argentina; Leonardo Álvarez Ramírez realizó un estudio titulado *Representaciones sociales de la salud y la enfermedad: Un estudio comparativo entre operadores de la Salud y pacientes hospitalizados en Bucaramanga y Floridablanca*, en el cual se trataron de establecer las semejanzas y diferencias en las representaciones sociales de la salud y la enfermedad entre un grupo de pacientes y de operadores sanitarios, en dicho estudio se investigó según el autor sobre tres dimensiones: actitudinal (actitud, valores, emociones); dimensión informativa (atribuciones, formas de control) y la dimensión de objetivación-inserción simbólica y social (estereotipos, estilos de vida, formas de cuidado).

En México las instituciones que se han ocupado del estudio de los jóvenes y la salud son: Centro Nacional para la Prevención y control del VIH/SIDA (CENSIDA), además de los centros de académicos y de investigación ya mencionados. En general, los temas tratados giran alrededor de la salud reproductiva, enfermedades contagiadas por transmisión sexual y problemas de

adicciones. A continuación nos referimos a algunas investigaciones: *Conocimientos de estudiantes universitarios sobre mitos de la sexualidad*¹⁴⁴ se aplicaron 190 cuestionarios de 21 reactivos a estudiantes de distintas carreras como psicología, odontología, pedagogía y medicina, se observó que los estudiantes hombres obtuvieron una mayor calificación en los reactivos, Solamente las mujeres de medicina superaron en porcentaje de aprobadas a sus compañeros. La mayoría de las estudiantes de psicología y pedagogía obtuvieron calificaciones reprobatorias, siendo este porcentaje mayor en las estudiantes de psicología; *El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas*, es una investigación realizada por el investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, Morelos. El objetivo de la misma fue identificar los factores económicos y sociodemográficos que influyen en la decisión de los jóvenes de fumar o consumir bebidas alcohólicas, para lo cual se utilizó una encuesta de evaluación de Hogares Urbanos 2002 (Encerlurb, 2002),¹⁴⁵ *Prevalencia del Síndrome Metabólico en jóvenes aspirantes a la Universidad Autónoma de San Luis Potosí*. El estudio fue realizado por la Facultad de Ciencias Químicas y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Cabe señalar que el síndrome metabólico se define como un conjunto de parámetros anormales como son presión arterial elevada, hiperglucemia, sobrepeso u obesidad, resistencia a la insulina, y su presencia puede desencadenar enfermedades

¹⁴⁴ A. Vallejo Casarin *et. al.* "Conocimientos de estudiantes universitarios sobre mitos de la sexualidad" www.quadernsdigitals.net/index.php?accionMenu...tipo.

¹⁴⁵ J. E. Urquieta *et. al.* "El Consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas", *Salud Pública México*, núm. 48, 2006. La ENCELURB-2002 es la Encuesta de Evaluación de los hogares urbanos y forma parte de las bases de datos utilizadas para la evaluación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

crónico degenerativas como la diabetes, ataques al corazón, cáncer. Para este estudio se tomó una muestra de 8376 jóvenes (3923 hombres y 4453 mujeres) entre 16 y 39 años. A los participantes se le tomaron medidas antropométricas (edad, peso, talla, presión arterial), se determinó que de acuerdo a criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 13.8% de la muestra presentó síndrome metabólico.¹⁴⁶

Esta pequeña muestra de investigaciones se pueden considerar representativas sobre los trabajos que se realizan alrededor de los jóvenes y la salud, no existe una reflexión sobre los distintos temas en relación a los procesos de salud/enfermedad/atención en los grupos de jóvenes, es importante también mencionar que desde un pensar de los adultos de aquello que debería de ser en función de la economía y el mercado se establecen políticas públicas que son totalmente ajenas a los problemas de la juventud actual en nuestro país.

Juventud- Universidad y salud

El espacio universitario y la relación juventud-salud es un terreno de investigación poco trabajado, ya que se piensa que los jóvenes universitarios tienen un lugar de privilegio por el hecho de cursar estudios superiores y en efecto constituyen un grupo minoritario, sólo para darnos una idea en 2009 para la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) solicitaron examen de admisión 69,990 jóvenes (100%) de los cuales fueron admitidos 11,850 (17%) no admitidos 58,140, (83%); en el caso del plantel Xochimilco el total

¹⁴⁶ E. Monreal Escalante, *et al.*, "Prevalencia de síndrome metabólico en jóvenes aspirantes a la Universidad Autónoma de San Luis Potosí", *Bioquímica*, Vol. 34, Núm. 1, enero-marzo 2009.

de jóvenes que solicitaron examen de admisión fue de 32,128 se admitieron 4237 (13%) y se rechazaron 27,891 (87%)y para la licenciatura en psicología presentaron examen 4,322 y solamente fueron admitidos 424, el índice de aceptación fue de 10%.¹⁴⁷ Si bien, podemos pensar ante estas cifras que el ingreso de los jóvenes a la universidad está condicionado por sus aptitudes al estudio y constituyen un grupo privilegiado y como tal deberían tener las mejores condiciones de vida para realizar sus deberes estudiantiles, lo cierto es que en la actualidad la universidad ya no es un espacio de privilegio, los jóvenes que ingresan a las instituciones de educación superior muchas veces tienen que trabajar para poder costearse los estudios, algunos se casan y deciden seguir estudiando y otros efectivamente solamente estudian. La población de los jóvenes universitarios supone una gama enorme de historias y de producciones de sentido alrededor de su tránsito por las diversas instituciones de educación superior.

Por ser considerados como un grupo de privilegio, no existe una gama amplia de estudios al respecto, pero debemos hacer mención de los trabajos realizados por investigadores como Adrián de Garay, Miguel Ángel Casillas, Hugo Aboites, quienes han trabajado el tema desde la perspectiva sociológica y de las políticas de educación, sin duda algunas sus aportaciones son valiosas, y abren la discusión sobre diversos puntos en relación al tema jóvenes-universidad.

¹⁴⁷ *Informe del Rector General 2009*, Anuario Estadístico, Coordinación General de Información Institucional, Dirección de Planeación.
www.transparencia.uam.mx/inforganos/anuarios/anuario2009/index.html

El espacio universitario supone un intercambio de saberes académicos y sociales, de esta manera se entretajan subjetividades y se construye una forma de ser del estudiante, por lo que al ingresar a la vida estudiantil los sujetos van perfilando hábitos y estrategias de supervivencia, muchas veces reparten su tiempo entre su trabajo, su vida familiar, la escuela, sus amigos y así van adquiriendo formas de pensarse y vivirse en el espacio universitario. En este espacio convergen se entretajan vínculos, se construyen utopías, se resignifica el saber familiar, se instituye una nueva maneras de conocer que indudablemente pasa por la experiencia, y es aquí en la universidad donde se construyen nuevos mundo y horizontes. De forma paralela se vive, el mundo de afuera, las políticas mercantiles, la violencia, el ritmo de vida indudablemente se permea en estas instituciones del saber académico.

En el espacio universitario convergen y se crean las significaciones imaginarias sociales que se traducen en el hacer-saber de los jóvenes, en este sentido nuestro interés por conocer cómo viven los proceso de salud/enfermedad/atención. Pensar en el binomio salud-juventud nos obliga necesariamente a indagar en las formas en que los jóvenes desde sus propias necesidades y contextos sociales viven su salud, conocer sobre las producciones de sentido alrededor de la salud que se crean en el espacio universitario-juvenil nos permite acceder a las significaciones imaginarias sociales sobre la salud.

Como ya se ha mencionado, para poder acceder a estas producciones de sentido fue necesario construir espacios de reflexión con los jóvenes universitarios, por lo tanto, nos dimos a

la tarea de convocar a los estudiantes de la licenciatura en psicología del cuarto y noveno trimestre de la UAM Xochimilco, en total se formaron 6 grupos entre 8 y 15 personas, con los cuales se trabajaron en la modalidad de grupos de reflexión.

Las reflexiones que se presentan a continuación son una pequeña parte de un discurso más amplio, ya que el tema juventud-universidad-salud está atravesado por múltiples instituciones: la familiar, la escolar, religiosa, los medios de comunicación, con el fin de poder dar cuenta de las formas en que los jóvenes significan y viven su salud nos pareció importante ordenar la información en cuatro aspectos básicos: El diario hacer, vida cotidiana; la enfermedad y la medicalización de los cuerpos; los espacios de negatricidad y resistencia y las formas de significar la salud. A continuación presentamos los hallazgos y reflexiones sobre las significaciones imaginarias sociales en torno a la salud de los jóvenes universitarios.

Los Hallazgos

Es importante mencionar como ya se hizo en otro momento, que las categorías que aquí son señaladas fueron discutidas con los jóvenes dentro del dispositivo grupal, lo cual es significativo para nuestro proceso de investigación ya que el dispositivo utilizado visibilizó espacios concretos de reflexión de los jóvenes en su hacer cotidiano sobre su salud y esto derivó en la propuesta de trabajo que se presenta más adelante.

Ahora bien, con respecto al material discursivo, se pretende a partir de estos recortes y señalamientos del discurso de los jóvenes, comprender los múltiples atravesamientos institucionales que han conformado la manera en que viven, hacen y construyen sus referentes sobre salud; si bien el día a día, los cuerpos, las medicinas, y los espacios de negatividad conforman algunos de estos referentes existen muchos otros que también les permiten construir significaciones sobre la salud, esta pequeña muestra sólo da cuenta de la riqueza de producción de sentido que los jóvenes hacen sobre un tema específico de investigación. Es necesario abrir espacios de reflexión que permitan a los jóvenes interrogar sus experiencias cotidianas y comprender la importancia de gestar procesos de autonomía, mismos que les permitan una constante de interrogación sobre su hacer-ser como sujetos, tanto en su salud como todos los otros espacios de su vida diaria.

El diario hacer, vida cotidiana

Indagar sobre los espacios de la vida cotidiana permite conocer los diversos atravesamientos que conforman la subjetividad de los jóvenes universitarios, "El espacio de la vida cotidiana es una categoría de análisis que se define como un espacio de construcción y atravesamiento donde el hombre va conformando la subjetividad y la identidad social".¹⁴⁸ Es en este diario-hacer que los jóvenes resignifican y crean nuevas significaciones imaginarias que dan sustento a su entorno. El quehacer universitario supone mucho más que solamente la obtención de buenas calificaciones, la universidad en tanto institución escolar forma y construye en los jóvenes distintas miradas y maneras de entender el mundo.

El diario-hacer de los jóvenes se conforma de múltiples actividades todas ligadas a su estar en la universidad. Como ya se ha mencionado los jóvenes no constituyen un grupo homogéneo, por lo tanto encontramos una variedad del estatus universitario; por ejemplo, un porcentaje alto de los jóvenes tienen que trabajar y su tiempo se distribuye entre sus trabajo y cumplir con sus tareas escolares, jóvenes madres quienes obviamente reparten su tiempo entre el cuidado de los hijos y sus tareas universitarias, jóvenes que ocupan tres horas para llegar a la escuela y tres para regresar a casa, jóvenes que en su casa no tienen los insumos necesarios para realizar sus tareas y no cuentan con recursos económicos para los diversos requerimientos escolares (libros, computadora, Internet), y también encontramos a los jóvenes que sólo estudian que tienen una vida académica relativamente sin

¹⁴⁸ G. Castro, "Los jóvenes y la vida cotidiana: elementos y significados de construcción", *Espacio Abierto*, enero, Vol.14, núm.1, 2005, p.7-24.

presiones económicas; en fin el universo universitario es diverso, disperso, entusiasta, contestatario, sumiso, alegre, triste, sorpresivo.

El día a día de estos jóvenes comienza o termina muy temprano ya que algunos de ellos tienen trabajos nocturnos, cuando se les pregunta cómo es un día en su vida pueden contestar de forma esquemática: levantarse temprano, ir a trabajar, llegar a la escuela, regresar a sus casas. Pero en el transcurso de estas actividades existe una postura en relación a sí mismos, el ritmo de vida, las exigencias laborales determinan si comen adecuadamente, hacen ejercicio o viven sin estrés condiciones que les han dicho los llevan a tener buena salud.

también, este... pero mi realidad es otra y la de varios que estamos aquí, porque en esta ciudad tan atareada... tan acelerada con el ritmo de vida que llevamos... yo creo que en lo que menos me puedo preocupar yo es en... por así decirlo, en mi salud, o sea yo trabajo y estoy estudiando y lo último que me pasa por la mente es alimentarme bien, o sea yo escucho en reportajes, en todo eso que... para tener un estilo de vida, más saludable... es comer 5 veces al día ¿no?, un desayuno una merienda, un almuerzo, no se que... y la verdad es que desayuno medio bien en las mañanas, hago una comida fuerte en las tardes, a la hora que me alcance en donde me agarre y en la noche solo tomé un café y así me la llevo durante toda la semana, y ya en los fines de semana como que más puedo medio estabilizarme pero la verdad como que no es tanto, también esto de hacer ejercicio también es una manera de mantenerse saludable pero todo el día estoy afuera, básicamente mi casa me sirve para dormirme y pues no... pues es difícil llevar este estilo de vida que nos manejan, en mi caso como lo digo por tiempo y otra por dinero, no soy saludable, estoy en la carrera y yo creo que hasta que termine no voy a ser saludable.

Al parecer el ser saludable es una condición de tiempo, no es una condición de vida, se debe tener tiempo y dinero para poder acceder a una vida saludable, pero estas condiciones no existen en la mayoría de estos jóvenes, encontramos que las madres

jóvenes universitarias construyen otras significaciones del ser saludables para el otro, para los hijos. El cuidado a los hijos y las labores propias de la casa son elementos que cruzan constantemente su hacer universitario, es interesante ya que asumen que el otro, en este caso sus hijos, deben de tener condiciones óptimas, y ellas no se asumen como sujetos que tengan que tener los mismos cuidados o por lo menos parecidos.

pues yo me levanto, pongo el despertador a las 6:15, pero me despierto a las 6:30, tengo mi margen de esos 15 minutos, siempre me levanto, hago mi cama, e inevitablemente le hablo a los niños para que se levanten para ir a la escuela, ya tengo mi rutina, bajo a prender la lavadora, vuelvo a subir para decirles que ya se levanten, me bajo, les doy de desayunar, yo sé que en la mañana no les da hambre pero no los dejo salir sin que mínimo no se vayan sin tomar un vaso de leche y les pongo algo para que coman en el recreo, yo puedo guisar muy temprano, yo no los llevo, su papá pasa por ellos y yo ya estoy guisando la comida del día, siempre trato de que incluya vegetal, a veces por tiempo tengo mucha prisa y compro lo que hay o lo que caiga pero siempre trato de guisar cosas ... que compro el jitomate, las calabazas, el arroz o sea todo lo preparo, eh... una vez que esta la comida, subo, mmm... cuando estoy en clases no puedo hacer ejercicio, yo practico algo que se llama sersebridad pero sólo hago la serie larga, que me lleva 10 -15 minutos, algo así como yoga y tai chi, después me meto a bañar y me bajo a desayunar, eh... esto es alrededor de las 9:30, generalmente el desayuno siempre es café, no puedo vivir sin café (risas) pero a veces si sobro algo de la comida anterior pues como eso, pero si no pues me hago unas quesadillas de queso con un poco de nopales o algo así y desayuno, ocasionalmente solo quiero comer carbohidratos, me como un pan y mi café, eso es lo que hago, voy por los niños, regreso un ratito y comemos, después de comer me vengo para acá, y siempre traigo un sandwich porque en el camino ya me da hambre, y cuando llego de clase preparo lo de la casa y pues llego a dormir.

Existen también los jóvenes vinculados a las prácticas deportivas, en general son los menos y se dedican a estas actividades debido a que han encontrado una forma de subsistir en ellas.

bueno yo me levanto, depende de cómo este organizado mi día, porque yo este depende de muchas cosas pero principalmente yo me levanto de 3 -6 de la mañana, desayuno avena con este... bueno desayuno y después me voy al gimnasio hago 40, 45 minutos de pesas y hago una hora de cardio, este, acabo y depende de si tengo trabajo u otra cosa... bueno es que yo soy muy cuidadoso en las comidas, bueno más que nada en los horarios, yo trabajo en el área deportiva de la salud, entonces este... no trabajo directamente en una institución pero por fuera tengo gente que me paga para que los entrene, les doy un entrenamiento nutricional, bueno nutricional y entrenamiento, es lo que yo hago, entonces para mi es importante cuidar la salud desde estos aspectos, bueno pero volviendo a los horarios yo como alrededor de las 3-4 de la tarde, 5-6 ya como algo más pesado y ya en la noche como fruta o algo así

y los demás, que no sean deportistas (risas)

pues yo también tengo horario de comida, en la mañana, en la tarde y en la noche (risas)

El hacer cotidiano implica un ritmo de vida que se construye sin un reconocimiento de su bienestar físico, existe un saber sobre ser saludable en función de lo que se dice ya sea en los medios de comunicación o se platica en la casa, pero su realidad se construye a partir de otras necesidades de sobrevivencia, ¿cómo hacer media hora de ejercicio, comer en horarios definidos, tomar agua, no desvelarse?, si las instituciones que atraviesan el espacio de la vida cotidiana exigen parámetros alejados de aquello que se plantearía como lo saludable.

pues yo me levanto al veinte para las cinco y de ahí me voy a trabajar, a veces no me da tiempo de hacer nada, antes jugaba basketball, este... ya voy a trabajar pues llego a las tres de la tarde, y como lo que haya, pues mi papá y mi mamá también va a trabajar, mi mama tiene que hacer de comer en la noche para que haya algo, y pues come, ya me voy a la escuela y ya regreso y me muero (risas).

Estos espacios de la vida cotidiana el trabajo, el cuidado de la casa y los niños e incluso la práctica de alguna disciplina deportiva entre muchas otras van construyendo junto con el espacio universitario las significaciones imaginarias sociales sobre la salud.

La enfermedad y la medicalización de los cuerpos

En términos generales los estudiantes universitarios tiene una condición juvenil, ya que sus edades fluctúan entre los 18 y 30 años, esto es importante porque a partir de su condición física se construyen procesos de significación distintos a personas con mayor edad. Si bien la condición juvenil se asocia en su connotación positiva con lo bueno, lo saludable, lo alegre, los jóvenes no comparten estos referentes. Es importante observar que aquello denominado como lo *joven* se le ha otorgado un valor de uso. La sociedad moderna ha construido la condición de lo joven o lo juvenil como un bien que se debe atesorar y no como una etapa de experiencias y aprendizajes, estas significaciones alrededor de los jóvenes construyen en ellos diversos procesos de simbolización alrededor de su condición juvenil, de sus cuerpos, de la manera en que atienden las enfermedades.

.....no manches esto si te duele un buen, pensar esto de que yo se lo he dicho a mi familia, el cumpleaños que vino a cambiar mi vida no fue ni los 15 ni los 18 para mí los 20 fue así de ya valió (risas, ya valió) es que sí no manches todavía cuando tenía 19 decía ay!! no todavía tengo un chingo de tiempo, es impresionante ver como unas horas cambiaron toda mi vida ¿no?, de tener un dígito uno a un dígito dos, en mi edad cambio totalmente mi perspectiva de la vida y yo lo he dicho a mis 23 años, es que ya estoy vieja ¿no? y es bien, bien raro, por que también es una cuestión cultural, o sea, o no han escuchado cuando que por ejemplo le dices a alguien no tienes frío y te

dicen: yo no por que estoy joven, entonces tú agarras y dices en ¡la madre!, entonces no tengo que tener frío ¿no?, y pasa lo mismo con la enfermedad ¿no?, por que si es cierto a los 23 años yo.. bueno igual me estoy viajando seguramente, pero que pasaria que a mi mañana pues voy al cardiólogo y me dice pues tienes tal cosa y te vas a morir en 10 días, qué pasa con tu vida no, qué pasa, o sea igual te vas a morir en diez días pero sin enterarte, pero yo creo que ese miedo a envejecer si esta bien cañón.

Hay otra situación que, muchos hablan de la crisis de los treinta, de la crisis de los cuarenta, yo por lo menos ahorita a mis 25 años siento que tengo una crisis de la edad, me pregunto ¿qué he hecho de mi vida?, y no he hecho nada, buen si me salgo un poco de mi, si he hecho muchas cosas, pero quiero hacer mas cosas, pero me falta tiempo, quiero hacer mas cosas, entonces yo si ahorita siento que tengo una crisis de la edad, igual es una jalada pero si lo acepto, tengo una crisis de la edad (risas)

.....pues si, de la gastritis en la secundaria la sufrí y ahorita de lo que la sufrí del reflujo, pero son situaciones que siento en el momento, yo soy conciente de que tengo que ir al doctor, ya me he querido hacer un estudio completo, porque mi cuerpo me lo pide, pero no lo he hecho una, por tiempo y la otra, yo creo que para mi es cierto que siento que es una debilidad, mi egocentrismo no me permite llegar a esas situaciones que me van a decir a si estas enfermo, no hagas esto no hagas el otro, digo yo vivo en un estrés constante, no me acuerdo cuando fue que deje de estar estresado, inclusive yo ya busco el hecho de estar estresado, cuando voy de vacaciones, prefiero manejar 13 hrs., por que se que voy a ir estresado o me voy a estresar, pero también se que lo voy a disfrutar más

El estrés es un factor que a decir de los jóvenes les provoca algún tipo de molestia física. Viven con estrés debido a sus actividades en la escuela, el ritmo de vida tan acelerado, y a la planeación de esta ciudad, ya que las distancias son largas y el transporte es ineficiente. Los jóvenes universitarios preocupados más por su hacer cotidiano dejan pasar los síntomas que en algún momento su cuerpo hace constar. El registro de la enfermedad y del cuerpo se construyen a través de la funcionalidad que pueden tener ante ciertas situaciones o en el desempeño de sus tareas.

yo digo que tiene que ver con el ambiente en el que estamos, o sea creo que el estrés ya se volvió parte de nosotros yo por ejemplo ya no me puedo ver sin estrés, como dice marido, a lo mejor ya inconscientemente lo buscas, bueno no es que lo busques, es que ya es parte de tu cotidianidad o sea ya es algo que tienes.....

Cierto tipo de enfermedades se entienden como una situación pasajera, controlable siempre y cuando no exista ningún síntoma agudo de dolor.

yo casi no me enfermo me llegan a dar un catarro algún dolor de estómago, o sea si cosas muy transitorias eeeeehhh! de todo el tiempo que llevo en la uam solamente dos veces he faltado por enfermedad, una vez si tenía una infeccionzota de garganta y apenas el trimestre pasado tuve que faltar el sábado al inglés porque tenía un dolor que me tuvo hospitalizada toda la noche también era por una bacteria en el estómago pero son cosas muy transitorias o sea, que yo sí podría decir que soy saludable.

Y también con el transcurso del tiempo llegar a edades adultas significa para estos jóvenes estar enfermos

con respecto a lo que decía de que... yo sí lo he llegado a decir de que no quiero llegar a viejo por que pues, es relativo, o como que es un sinónimo de enfermedad, hasta se lo he dicho a mis papás: es que me duele la cabeza y me dicen es que ya estas viejo, si tengo frío luego me dicen pues si ya estas viejo ¡como no!, entonces yo digo, yo no puedo sentir eso por que no estoy viejo, bueno al menos yo así lo creo, insisto esta cuestión de la salud tiene que ver con la cuestión de ser joven o no serlo, ¡no sé!

El estar enfermo no es una condición que amerite cancelar o atrasar las actividades de la vida académica, se tiene salud en tanto se pueda funcionar.

....igual de algo me voy a morir pero también es la cuestión que agarras y dices ay! es que... bueno otras de las enfermedades que tengo... es que tengo mal los riñones porque no tomo agua, entonces haz de cuenta que de repente me empiezan a doler, y yo sé que si tomo agua pues ya, no pasa nada ¿no? Y

yo digo que es igual con la taquicardia, me da en momentos de estrés, entonces agarro y me tranquilizo y respiro (respira) y se me quita (se ríe) entonces yo digo que si en mi caso si es por miedo.

El uso de las medicinas, es también parte del diario acontecer, es común que los jóvenes usen de forma indiscriminada ciertos medicamentos, los cuales sirven como paliativo.

Bueno pues, por ejemplo en mi caso mi estilo de vida es, yo digo que es muy acelerado..... muchas veces por ello no tengo tiempo para ir al doctor entonces si, en este, en este pues, a veces cuando me siento mal pues si hago uso de medicinas comerciales y que te venden en las farmacias sin necesidad de una receta, como son pues, las aspirinas, generalmente son esas ¿no? Cualquier pastillita de paracetamol para el dolor, que te quita el dolor de cabeza, que si ya te duelen los pies, que si te sientes cansada, pues con esa ¿no? Y este, pero así como que de abusar, no, porque tampoco exagero, si ya de plano me siento muy mal, es como ya me voy a tomar la medicina pero si no pues como que me hago tonta de que no me siento mal...

¿pero qué es sentirse muy mal?

Pues no sé ya de plano es cuando no, es que es un momento en que tu mismo organismo ya te pide una pastilla, ¿por qué? Porque ya es muy intenso, por ejemplo, el dolor de cabeza que es el más recurrente ¿no?..... hay veces que me puedo dormir con dolor de cabeza y a lo mejor se me quita cuando me duermo, pero hay veces en que no, me tengo que despertar en la noche y me tengo que levantar a tomar un analgésico, entonces si, te digo no sé yo siento que el mismo cuerpo reacciona al padecimiento ¿no?, si es muy intenso pues el mismo cuerpo como que te lo pide, no sabría explicarlo pero si es algo así.

Se automedican para tener mejor rendimiento físico, para quitarse el dolor y no ir al doctor, para alcanzar los cuerpos ideales, para sentirse jóvenes. El cuerpo es visible si duele, si se debe de atender, si imposibilita la capacidad de movimiento.

Los jóvenes al ingresar a la Universidad Autónoma Metropolitana, tienen derecho a la Seguridad social, para lo cual deben realizar los trámites correspondientes para poder recibir los servicios de salud, esto garantiza que pueden tener cubierto su acceso a dichos servicios, sin embargo pocos son los estudiantes que los utilizan o incluso acudir a cualquier servicio médico ya que ellos refieren que *no tienen tiempo de enfermarse*.

desafortunadamente no tenemos tiempo para enfermarnos, digo para mí una enfermedad es una pérdida de tiempo, digo lo siento querido te quiero mucho, pero tampoco te puedo dedicar tanto, tengo otras cosas que hacer... (se refiere a su cuerpo)

.....pues yo de las que me acuerdo que he tenido desde que entre a la escuela y e trabajado pues es el estrés, soy muy delicado del estómago, me enfermo de diarrea demasiado, pero últimamente he tenido una molestia en mi pie derecho que ya al caminar, digo no es algo que me torture, pero sí es algo que tampoco me deja en paz y esto sí ya tiene un mes que me empezó a dar y todo, y....., no he ido al doctor por que no tengo tiempo, no me da el tiempo, y no puedo pagar obviamente un particular, entonces yo creo que me tengo que aguantar un rato.

Además es importante hacer notar que sienten recibir un mal trato en las instituciones de salud por su condición juvenil, reconocen que no existe personal suficiente en el sector salud para ser atendidos, estas son condiciones que influyen para que no traten sus enfermedades en estos espacio hospitalarios

a mí me tenían que internar el año pasado, me tenían que internar, pero no me podían atender en ese momento porque era el cambio de turno, (aahh si!!!) o sea, yo tirada en el piso de que no me podía levantar por el dolor, y todavía, llego una enfermera me pega con el pie y me dice: no puede estar ahí (risas) y yo.... No me pegue babosa, o sea de eso de que estas así, así, así y te vas al piso, y no puedes estar ahí (levántate vago) y dices Dios no... y no me pudieron atender hasta después de una hora porque estaba el cambio de

turno y no llegaban las enfermeras, oye pero llevo aquí una hora, si pero es que las enfermeras no hay llegado todavía...

yo si me he puesto a pensar en dos cosas, una es muy cierto que las instituciones no tienen, no cuentan con el personal, no sé, son muchos los que trabajan ahí pero aún así no alcanza para atender a tantas personas, pero la otra, es o sea, su trato, ¿por qué se tienen que portar tan prepotentes o tan groseros?

Los espacios de negatricidad y resistencia: las formas de significar la salud

La construcciones imaginarias sociales de la salud en los jóvenes se van creado a partir de los distintas producciones de sentido en espacios tanto afuera como adentro de la universidad, la salud para los jóvenes existe en tanto se vea, se funcione, se materialice en los cuerpos. Encontramos que la salud es invisible y sólo se hace presente cuando existe un proceso de enfermedad, y adquiere un sentido comercial, funcional y de moda.

No bueno... de entrada...lo que me venden los medios ¿no?, esta forma de alimentarte, de cuidarte, de no estar con sobrepeso, de cierta manera salud mental .

yo creo que la salud esta integra, es decir, es un bienestar corporal, porque a una no le duele nada, es decir, uno puede caminar, puede comer o hacer lo que le guste, lo que quiere....., yo lo traduzco en un bienestar general, es decir, sentirse contento, satisfecho por lo que uno esta haciendo, porque a lo mejor uno físicamente, biológicamente esta bien, pero se siente desgraciado, ese es el cimientto..... es decir, yo conjuntaría los dos, lo emocional con lo fisico, para sentirme saludable .

yo creo que la sociedad vive la salud más bien por moda que por conciencia o algo así, por que de hecho hay como épocas, hubo una época como de pura anorexia, no es que deben de comer bien, todo el mundo se enfermó de anorexia y bulimia, después como que paso eso y vino la eh... obesidad, no es que la obesidad, y todos, como que olvidas todo lo demás de salud y te enfocas en que salud es no estar gordo, o te enfocas en que salud es no tener

SIDA, o te enfocas que salud es lo que están diciendo los medios de comunicación.

entonces es funcional, no se donde escuche, ahorita que estaban diciendo, me acorde de lo se dijo, nosotros tomamos como salud a alguien que tiene dos piernas dos brazos, o sea, a alguien que le falte una pierna o un brazo ya no le vemos tan saludable, porque ya no entra dentro de lo normal, ya no es funcional a lo normal, no se eso es lo que se me vino, estamos inculcados a una salud funcional mientras seas funcional estas bien, o sea aunque tengas 37 o 39 grados de temperatura pero sigues siendo funcional, te dices: es estoy bien sólo tengo una gripita y uno no se toma tan en serio el tener fiebre.

En los espacios de la vida cotidiana, del hacer universitario los jóvenes tienen espacios de negatricidad y resistencia, espacios en los cuales se trata de desarmar todo la estructura institucional sobre la salud, parece ser que todo lo que se dice que es incorrecto para la salud, se hace, se actúa, los procesos de salud/enfermedad/atención se plantea fuera del deber ser.

mi estilo de vida, es pésimo, pésima cuestión de mi mala alimentación mis antecedentes, obviamente genéticamente estoy en tendencia de tener o ser diabético, tengo la mayor probabilidad de enfermarme y de tener esa enfermedad digamos, aunado a eso, mi estilo de vida prácticamente es un riesgo enorme, aunado con mi, ¡que no veo nada!, Así como que, yo sigo igual, que no acepto o no quiero ver la realidad de que estoy apunto, estoy, se supone que debería prever, prevenir no lo hago, entonces yo sumamente estoy en riesgo creo que es un riesgo voluntario porque si realmente fuera espantoso y yo me diera cuenta de la realidad o me diera cuenta de la gravedad, creo que tomara en cuenta cosas para prevenirlo obviamente, pero no, a los riesgos creo que los estoy tomando como no riesgos o sea como si fuera algo banal o superficial o que me puede pasar de uno en un millón de probabilidades, entonces no asumo el riesgo o sea, esta el riesgo presente no, pero yo o sea me hago el de la vista gorda no veo nada, te digo mi estilo de vida es fatal o sea, estoy pésimo, me enfermo últimamente del estómago, se supone que mi mamá me dijo que fuera hace dos trimestres al médico y han pasado dos trimestres y no he ido

La salud se hace presente de la manera en que se ha ido enseñando en las instituciones, se niega el proyecto sobre el ser saludable, y la salud se hace visible si existe dolor y se crea un miedo a la enfrentar la enfermedad, no existe la salud como un plan de vida, existe la enfermedad como condición natural de los estilos de vida.

Yo estoy dejando de fumar, porque me empezaron a doler el pecho y ya me sofoco más, entonces, me empezó a dar miedo ¿no? que tal si entonces tengo cáncer o no sé, yo ya me empecé a prejudicar, a sugestionar, porque ya tiene mucho tiempo que estoy fumando y ya no es lo mismo ya me di cuenta que era algo que ya necesitaba y dije pues tengo que armarme de valor y de ahora en adelante ya no voy a fumar me esta costando mucho trabajo y si veo cambios pero si tengo el miedo de que si me voy hacer un estudio de pulmones y a lo mejor sale que tengo algo ¿no?

Se tiene un saber sobre las maneras adecuadas de conservarse saludable, pero no están presentes en la vida cotidiana, no se incorporan en su hacer-saber de todos los días, aquello que no deben de comer, o que tienen que comer, hacer ejercicio, dormir ocho horas es un discurso que no tiene significado alguno en su cotidianeidad.

yo no tengo nada planeado, todo lo que hago..... no me da tiempo de desayunar, a veces sí y a veces no, me levanto en la mañana a las 6 de la mañana, me baño, me salgo a trabajar y regreso a las 11 de la noche, y ya; entonces pues... no tomo agua, me gustan muchos los tacos, si me encuentro un puesto de tacos los como, ahorita como mejor gracias a mi suegra pero es por que ella me hace de comer, pero si fuera por mi pues me encuentro un puesto y como no sé ... agua ahora sí tomo dos litros diario, porque me acabo de enfermar de los riñones muy feo, me espante, por que a mi mamá la operaron de los riñones y casi se muere, agua tomo mucha, pero también tomo mucha coca, no sé, soy un relajo con mi vida

Pero hay veces que si te enfermas y que, bueno en mi caso no me gusta ir al hospital y apenas tuve que regresar al ginecólogo por muchas cosas ¿no?

pero si sabes que no debes de..., que tienes que cuidarte pero de pronto se te olvida, o sea ya estas bien, ya puedes hacer todo y te vale, y dices ¡ah! pues ya estoy bien, ya no me duele, puedo beber una tacita de café por ejemplo, o sea a veces dices pues que tiene pues nada mas es una, nada, hasta que te vuelve a doler igual de gacho dices, ya no vuelvo a comer de eso...

A veces hago, yo se que esta muy mal, pero hago una comida al día, este... a veces hago una pero es como si comiera cuatro veces al día, me acuerdo que yo viví en Xochimilco, estuve como un mes, que yo llegaba de la escuela, y en la esquina había una taquería, me echaba doce tacos, ya a los tres días los señores ni me preguntaban que quería (risas)

¿es lo que comías todo el día, los doce tacos?

Sí, a veces, cuando me tocaban asesorías pues me iba a comer tacos, todo el día comía eso, y por decir mi papá padece de diabetes y me vale madres, no hago conciencia y este... la verdad si se que mi papa es diabético, ya lleva como 2 años, ya se lo que me puede pasar y hago como que no existe y bueno pues a veces o vivo con mis dos compañeros, cada quien come lo que quiere, lo que puede, como en el mercado, nadie conoce a la señora como yo, y pues mi cuarto es para dormir, cuando no tengo dinero pues voy por chocolates, gansito un negrito y pues esponjan, y pues ya hace como quince días me dijeron que ya esta haciendo repercusión en mí... ando así como ... (risas) como problemas de gastritis.... ahorita se supone que voy a cambiar, me dijeron que tengo que hacer cuatro, cinco comidas al día, pero solo lo hice unos días, pero ya no.

Las formas de significar la salud

Al preguntar cómo entienden la salud los jóvenes universitarios, nos encontramos con múltiples miradas y saberes que construyen producciones de sentido que permiten significar y por consecuencia vivir la salud y encontramos que la salud es un discurso, es mercancía, es propaganda, es moda.

Yo asocio a la salud, con dos cosas básicas, este... la alimentación y al ejercicio

Bueno de entrada lo que me venden los medios: la forma de alimentarte, cuidarte de no estar con sobrepeso

Yo creo que la salud esta integra, es decir un bienestar corporal, porque a uno no le duele nada, uno puede comer, caminar, yo lo traduzco como un bienestar general

Para los jóvenes el tener salud tiene un sentido de inmediatez, puede tener un sentido estético y también ha pasado a ser un bien de consumo, no se piensa a la salud como un derecho o un bien común al cual todos pueden tener acceso, la salud se observa, se atiende en razón de las enfermedades.

bueno ahorita es no estar estresado, no tener ningún infarto y no tener ningún conflicto que no me permita estar en toda mi vida cotidiana

Ahorita hay muchos tratamientos y existen muchas vitaminas y también existen un millón de cosas pero también es una parte, por que hay un negocio eso que... que a de tener como tres meses me ofrecieron como que una especie de trabajo donde ibas a trabajar en prácticamente vender salud con unos productos llamados "X" es toda una pirámide, yo fui a una platica donde te explican qué es la salud, que un producto te va a ayudar para adelgazar, uno que te va a ayudar para lo que son los músculos para que los tengas fuertes, o sea tienen muchos factores donde te dicen que es salud, eso es el proceso de ventas y están haciendo una pirámide, pero como lo que uno le interesa es la salud, y lo que le interesa es estar bien, pues es lo que vas a estar buscando, pues también depende mucho, ahorita es una fuente muy amplia de tener ganancias a partir de la salud, si es difícil conseguir un nivel de salud constante, por decir yo ahorita que estoy trabajando y todo llegue a un estado de cansancio, donde no tenía energía, no tenía nada, pero no entendía el por qué, entonces como que yo siento que me falta el aspecto del ejercicio por que antes hacía mucho ejercicio

Bueno, yo creo que hablar de salud en nuestro país es complicado, porque para empezar nuestros sistemas de salud son muy, bueno extremadamente decadentes, hablando del seguro que es el Seguro Social o el ISSSTE, cuando una persona va por algún dolor, atención psicológica, te dan citas cada medio año o te estas muriendo y te dicen que regreses en tres meses o algo así... eso por un lado, por otro lado yo creo que se confunde la salud con la estética en nuestro país tenemos la cultura de que alguien esta delgado es por que esta sano y ...o al revés y la salud también es un negocio no, de ahí

que vas a un especialista y te gastas \$500 los más baratos creo, y por otro lado, toda esta cuestión del tiempo tiene que ver mucho con la falta de atención quizá que los mexicanos podríamos tener con la salud...

Parece ser que el vínculo entre la salud y lo estético es uno de los factores que más influyen el cuidado de sí en relación a su salud

Cuando mencionaste la palabra de salud a mí me vino a la mente esta parte física, sin embargo ahorita repensándolo también tiene que ver mucho con esta parte emocional de la gente ¿no?, como que nosotros por cuidar el cuerpo nos olvidamos de estar bien anímicamente y yo creo que es una parte muy primordial, la alimentación te da mucho esta posibilidad de estabilidad en tu físico que te sientas bien en el sentido de que no te duela nada, de que no te sientas agotado a lo mejor, pero pues lamentablemente esto se ha llevado lamentablemente al mal manejo de la mercadotecnia, al cuidar sólo la parte estética

Sobre la salud se aprende en el ámbito familiar, pero los saberes se van resignificando a través de los medios de comunicación, de los amigos, de los espacios académicos

claro que la salud viene de tus padres son los primeros, desde el hecho de que te cuidan te dan de comer, de ir al doctor

son los que te dicen, la base, ya obviamente, después, a esta edad pues ya no podemos estar diciendo, es que mi mamá no me enseñó, por favor niño, aquí ya tiene que ver más los medios de comunicación, el círculo en el que vives, las actividades diarias que tienes, pero de entrada para que tu aprendas a ser una persona que cuida su cuerpo y su salud pues yo creo que son los padres

Pues primero, obviamente, la familia, porque es en donde te desenvuelves y todo, pero ya ha estas alturas, ya cada quien es responsable de su propia salud ¿no? y obviamente vas aprendiendo del medio en el que te desenvuelves, de los medios de comunicación y de cosas así, bueno yo no me enfermo, nunca he caído en un hospital...

Salud también entra en relación de un modelo que nos han dado los medios de comunicación porque bueno hacen que la gente tienda a ver lo del bienestar saludable dentro de lo que seas delgado o seas obeso, hay como mucha diferencia, entonces, siento que nos vamos mucho como al extremo, pues entonces tiene que ver con esos modelos que nos dan los medios de comunicación sobre la salud.

Existe un saber teórico relación a la salud, lo que se debe o no hacer, aquello que es sano, y se tiene que realizar para estar saludable, pero en la práctica diaria no existe un hacer sobre el sentirse saludables.

Incluso el no dormir, se sabe que tienes que dormir tus ocho horas para que se recupere el cuerpo y realmente muy pocos lo hacemos.

Si, ¿quién duerme ocho horas? (risas)

Te dan un tratamiento para 7 días y te tomas tres y ya te sientes bien pues lo suspendes y al menos a mi me a pasado que me he enfermado de la garganta y no sé esto, y no sé a lo mejor estoy muy enfermo como para descansar y en vez de descansar, o sea me pongo hacer otras cosas, no sé a lo mejor me he ido a entrenar y aunque estuviera lloviendo y bueno si, como que me gustaba eso porque yo sabía que me sentía mal y que a lo mejor no podía pero me esforzaba más y esa sensación a mi me gustaba entonces si es un tanto masoquismo

Indagar en relación a las significaciones imaginarias sociales sobre la salud de los jóvenes universitarios nos ha posibilitado observar las prácticas del hacer en la vida cotidiana de éstos, conocer sobre los vínculos juventud-salud puede dar pauta para pensar medidas y políticas que permitan realmente un desarrollo saludable de los jóvenes en estos espacios universitarios.

Reflexiones y propuestas

*Si claro dices salud y me remonta a un hotel,
ja un hotel! (risas) a un hospital... upsss (risas)*

Pensar en la salud los jóvenes en el espacio universitario ha sido una tarea compleja, ya que supone conocer cómo se ha construido a lo largo del tiempo la significaciones imaginarias de la salud, cómo se ha instituido la salud, y finalmente tratar de hacer visible las formas en que los jóvenes universitarios viven, piensan y actúan la salud, es decir conocer los sus procesos de salud/enfermedad/atención.

Me parece que para generar un conocimiento significativo en torno a los jóvenes y sus prácticas universitarias, y para el caso que nos ocupa indagar sobre el tema de la salud, es importante conocer las formas en que los jóvenes se apropian de su espacio, más allá de las estadísticas y el análisis de la políticas, que sin duda alguna es un conocimiento de suma importancia que aporta elementos sobre el quehacer universitario, es necesario realizar reflexiones de primera mano con los que construyen el universo universitario: los jóvenes.

Si bien conocer sobre su vida cotidiana, sus preocupaciones más allá de la escuela, la manera en que construyen su relación con su salud, nos permitirá conocer a estos sujetos jóvenes del siglo XXI que no son aquellos que organizaron las luchas estudiantiles en los años sesenta y setenta, o incluso protagonizaron el movimiento estudiantil de 1999-2000, estos jóvenes se han

formado a partir del intercambio mercantil, de la redes sociales virtuales, de los mensajes por celular, del Twitter. El ser joven en este nuevo siglo se construye a través de otros referentes simbólicos.

En este sentido explorar los espacios de la vida cotidiana, las formas en que enfrentan ciertas enfermedades, o viven su relación con su cuerpo, con su alimentación es un espacio de privilegio para conocer cómo se viven y cómo se piensan los jóvenes, es también en otro sentido quitar ciertas etiquetas alrededor de los jóvenes que no han sido *excluidos* del sistema educativo, bajo esta supuesta perspectiva de privilegio estos jóvenes construyen producciones de sentido, mismas que les permiten entender y vivir el mundo en que se inscriben. Un mundo que produce ya no relaciones afectivas sino mercantiles, de esta manera indagar sobre las significaciones imaginarias sociales de la salud de los jóvenes nos permiten entrever sus prácticas cotidianas sobre su salud, así como su estar en el mundo, nos permite comprender como transitan los jóvenes en la universidad, un espacio en el cual sólo se deberían ocupar de reflexionar sobre los conocimientos adquiridos, sin embargo aspectos como el rendimiento y deserción escolar o la participación estudiantil son atravesados por estas prácticas de la vida cotidiana.

El vínculo universidad-salud ha sido trabajado a partir del año 2000 en algunos países como Alemania, Inglaterra y España a través de programas que promueven condiciones saludables en los espacios universitarios, para el caso de América Latina Chile es un pionero al respecto. Existen otras experiencias en países como Argentina, es importante mencionar que en México en el 2006, se

realizó el Primer Congreso Nacional de Universidades Saludables, organizado por la Universidad Veracruzana en Monterrey. Estos esfuerzos tienen como objetivo principal volver a la Universidad promotora de la salud, lo cual podría parecer una experiencia interesante, ya que se promueven actividades como conferencias, jornadas de salud, consultas médicas, lo cual en un sentido puede ayudar a tener información sobre temas de salud, pero se replican las formas de la institución estatal, ya que se considera a los jóvenes sólo como receptores de información y no se considera su participación en la planeación de estrategias para la promoción de la salud, debemos decir que existe un vacío sobre los intereses reales de los jóvenes en relación a los temas sobre salud.

El trabajo que hemos realizado nos permite reflexionar sobre el vínculo universidad-salud desde una perspectiva mucho más acabada, podemos decir que hablar sobre temas de salud puede informar a los jóvenes universitarios pero no se debe pensar que con el hecho de informar se pueda crear una transformación en los estilos de vida de los jóvenes. Como sabemos el aprendizaje que es significativo permite que realmente la transformación de la realidad, en este sentido es importante realizar un trabajo real y concreto con los jóvenes a través de la participación sobre sus procesos de salud/enfermedad/atención.

Una propuesta para discutir

Si bien ya hemos comentado que trabajar sobre temas de salud y vida universitaria supone una tarea compleja ya que existen múltiples temas a tratar y distintas formas de abordaje, nos parece pertinente acercarnos a estos temas a través del ámbito académico, por lo tanto proponemos establecer este tema como un espacio de reflexión teórica y de formación académica para los jóvenes universitarios de las áreas de concentración de la licenciatura de Psicología en la UAM, plantel Xochimilco. Se plantea que a través del marco de la investigación final y del servicio social que en el último año deben llevar a cabo los estudiantes de psicología se puedan establecer estrategias de intervención en la universidad que permita reflexionar sobre los procesos de salud/enfermedad/atención en los distintos sectores juveniles en el ámbito universitario.

Trabajar sobre los temas de salud en el marco de los espacios universitarios es necesario conocer el tipo de estudiantes que cursan las diferentes licenciaturas, esto permitirá pensar estrategias de intervención que realmente tengan resonancia entre los universitarios. Por lo tanto nos parece importante incorporar a los estudiantes para trabajar con sus compañeros. En la estrategia de trabajo se plantea conformar un espacio de intervención a largo plazo en el cual nos permita identificar y planear diversas maneras de incidir en los procesos de salud ya mencionados, lo

cual implica un trabajo en terreno, lo cual se aleja por completo de sólo la organización de conferencias o talleres.

Debido a los tiempos institucionales dentro de la formación académica es necesario plantear una estrategia de trabajo de por lo menos de un año. Los primeros pasos a seguir será invitar a los estudiantes a incorporarse a este proyecto, una vez conformados los equipos de trabajo se debe informar y sensibilizar a los jóvenes para que ellos plantean formas de intervención en la universidad. Por lo tanto será necesario llevar a cabo una recopilación de información documental, que permita el análisis para comprender los procesos culturales, sociales e históricos que vinculan los jóvenes con una noción sobre salud. En una primera etapa será indispensable el trabajo de archivo para que se puedan plantear los diversos trabajos de investigación.

Una vez definidas las líneas de trabajo se planearan diversas formas de intervención con la comunidad estudiantil, lo cual puede variar a partir del diseño de la investigación, tal vez sea necesario la utilización de materiales fílmicos, hemerográficos, realización de actividades culturales, además de la observación y entrevistas con grupos de jóvenes en la universidad. El objetivo principal del programa será la reflexión sobre diversos temas de salud en el ámbito universitario.

Con esta propuesta se pretende incidir y trabajar sobre el vínculo juventud-salud, dentro del espacio universitario, lo cual hasta este momento no ha sido tomado como tema de investigación, se pretende abrir una gama de posibilidades para pensar a la salud

como un proceso colectivo que se resignifica a través de los diversos discursos producidos por las instituciones de la sociedad.

Para trabajar sobre el vínculo de salud-juventud es necesario realizar investigaciones que permitan reflexionar a los jóvenes en función de sus procesos de salud/enfermedad/atención ya que esta posibilidad de reflexión dará cuenta de la re-creación de significaciones imaginarias sociales en torno a la salud.

Si bien, los jóvenes no se piensan como sujetos de la enfermedad, ya sea por su condición juvenil o porque el hacer de las instituciones encargadas de vigilar y procurar el bienestar en términos de la salud no los consideran un grupo de riesgo; pero es en este grupo de edad en el cual se deberían invertir los esfuerzos financieros, de atención y de propaganda para promover formas de vida saludables. Uno de los principales objetivos del gasto en salud en este país debería estar designado para la población joven, ya que se sabe que las enfermedades crónico-degenerativas, como las cardiopatías, la diabetes, el cáncer, la úlcera, la gota, etc. se empiezan a originar a través de los estilos de vida en edades tempranas.

Los jóvenes con los cuales se ha trabajado durante el proceso de esta investigación, considerados como sujetos de privilegios, nos puedan dar cuenta de la situación en general de la condición juvenil y sus formas de vida. Podemos encontrar que en la mayoría de los casos los jóvenes carecen de servicios básicos de atención, la cual es de mala calidad y muchas veces sufren discriminación en las instituciones de Salud Pública. Además el tipo de vida que tienen los somete a una dinámica de poca

atención para sí mismos, no tienen tiempo de enfermarse, de asistir al doctor y muchos de ellos prefieren automedicarse antes que asistir a algún servicio de salud u hospital.

La realidad en concreto nos presenta un panorama complejo, no existe en nuestro país una cultura de prevención, ni de exigencia del derecho a la salud y menos una reflexión constante sobre los problemas de salud y la población joven, aunado a que las políticas públicas planteadas para solucionar el problema tienen poca efectividad, ya que los problemas no se atienden de fondo sino más bien sólo se pretende cubrir una cuota, establecer estudios cuantitativos y proporcionar cifras para justificar el gasto del presupuesto.

Me parece que quedan muchas cosas por decir, reflexionar sobre los procesos de salud/enfermedad/atención en la población joven universitaria o en la población en general supone la capacidad de pensarnos como sujetos autónomos, lo cual hemos perdido poco a poco. A través de los procesos de institucionalización de la salud nos hemos pensado de facto como sujetos enfermos y vía los distintos modelos de atención cada vez nos hemos vuelto sujetos-objetos de la mirada médica y clínica; la salud ya no es un bien intrínseco a nosotros y con el tiempo se ha convertido en una mercancía la cual cada vez es menos accesible al grueso de la población. Para terminar me gustaría provocar una reflexión sobre nuestros procesos de salud/enfermedad/atención, qué hacemos para tener una vida saludable, cómo entendemos lo saludable, lo qué se debe de hacer para vivir bien, sin duda los parámetros para pensar sobre nuestros procesos de salud/enfermedad/atención cambian según nuestra historia de

vida, nuestro ámbito cultural, familiar, nuestras posibilidades económicas, etc.. Debemos poner atención en los diversos estilos de vida que el mundo moderno y globalizado nos ofrece, y en la medida de lo posible establecer condiciones autónomas para poder decidir a partir de nuestras experiencias sobre nuestros procesos de salud/enfermedad/atención.

Fuentes consultadas

Bibliografía y Hemerografía

Agostoni, C. "Enfermedad y persistencia de la medicina doméstica (1810-1910)", Meyer, A. (Coord.), *México en tres momentos 1810-1910-2010, Tomo I*, UNAM, México, 2007.

_____. "Las delicias de la limpieza: La higiene en la ciudad de México", Anne Staples (coord.), *Historia de la vida cotidiana en México, Tomo IV, Bienes y vivencias. El siglo XIX*, El Colegio de México/ Fondo de Cultura Económica, México, 2005.

Aguirre Baztán, A. *Psicología de la adolescencia*, Alfaomega, Colombia, 1996.

Álvarez Amézquita, J. et. al. *Historia de la salubridad y asistencia en México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia. México, 1960.

Ansart, P., "Ideologías, conflictos y poder ", Colombo, E. (coord.), *El imaginario social*, Nordan comunidad, Montevideo, 1993.

Aréchiga, H. y Benítez Bribiesca, L. (Coord.), *Un siglo de Ciencias de la Salud en México*, Fondo de Cultura Económica, México, 2000.

Ardoino, J., *Lo multirreferencial en torno a los problemas de investigación*, Conferencia dictada el día 21 de noviembre de 1988, en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Transcripción de Alejandra García, David Paredes y Alma Luz Martínez. Traducción Roberto Manero Brito.

Arrom, S. "¿De la caridad a la beneficencia? Las reformas a la asistencia pública desde la perspectiva del Hospicio de Pobres de la ciudad de México, 1866-1871", Illades, C. (Comp), *Ciudad de México: instituciones, actores sociales y conflicto político, 1774-1931*, El colegio de Michoacán, Zamora, Mich. 1996.

Barbosa, G. "Historia de las publicaciones médicas y de los eventos académicos que facilitaron el desarrollo de la ginecología pediátrica y adolescente", *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Mayo, Vol. 58, No. 2, 2007.

Barrantes, E. *Entorno a la naturaleza, la sociedad y la cultura*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Fondo Editorial, Perú, 1998.

Baz, M. "Análisis del discurso grupal: Una propuesta desde la psicología social", *II Foro Departamental de Educación y Comunicación: Psicología*, Depto. de Educación y comunicación, UAM-X, México, 1994.

_____. "Engimas de la subjetividad y análisis de discurso", *Versión 4*, abril, UAM-X, México, 1994.

Canguilhem, G., *Lo normal y lo patológico*, Siglo XXI editores, México, 2009.

Castoriadis, C., *La institución imaginaria de la sociedad I*, Tusquets Editores, Barcelona, 1983.

_____, *La institución Imaginaria de la Sociedad. Vol. II*, Tusquets, Editores, Barcelona, 1989.

_____, *Los dominios del hombre, Las encrucijadas del laberinto*, Gedisa Editorial, España, 1998.

_____, "El campo de lo histórico social", *Ciudadanos sin brújula*, Filosofía y Cultura Contemporánea Núm. 4, ediciones Coyoacán, México, 2000.

_____, *Una Sociedad a la deriva: Entrevistas y debates, (1974-1997)*, Katz, Buenos Aires, 2006.

Castro, G. "Los jóvenes y la vida cotidiana: elementos y significados de construcción", *Espacio Abierto*, enero, Vol.14, Núm.1, 2005.

Castro, R. *La vida en la diversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. CRIM-UNAM. México, 2002.

_____, "Ciencias Sociales y Salud en México: movimientos fundacionales y desarrollos actuales", *Ciencia y Salud Colectiva*, Vol. 8, núm.1, Río de Janeiro, Brasil, 2003.

Derrida, J. *El tiempo de una tesis. Desconstrucción e implicaciones conceptuales*, proyecto a ediciones, España, 1997.

Donzelot, J. *La policía de las familias*, Pre-Textos, España, 1979.

Dossier: "Salud y enfermedad en el México prehispánico" en: *Arqueología Mexicana*, Revista bimestral, Julio-Agosto 2005, Volumen XIII, Número 74.

- Duch, L. *Antropología de la vida cotidiana, simbolismo y salud*, Editorial Trotta, Madrid, 2002.
- Elias, N. *Sobre el tiempo*, Fondo de Cultura Económica, México. 2010.
- Fernández, A. M. *El Campo Grupal. Notas para una genealogía*, Nueva Visión, Buenos Aires, 2002.
- Fernández del Castillo, F. "El establecimiento de ciencias médicas", *Antología de escritos histórico-médicos*. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1986.
- Foucault, M. "La política de salud en el siglo XVIII", *Estrategias de poder. Obras esenciales*, Vol. II, Tusquets, Barcelona, 1999.
- Flores, J. *Totalitarismo. Revolución y negación del pasado*, UAM-Xochimilco, México, 2003.
- Florescano, E. y Malvido E. *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1982.
- Freire, P. *Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa*, Siglo XXI editores, 2009.
- Frenk, J. y Gómez Dantés, O. *El sistema de salud de México*, Nostra Ediciones, México, 2008.
- Galdó Muñoz, G. "Consideraciones sobre la historia de la medicina en la adolescencia", *Pediatría Rural y Extrahospitalaria*, Mayo, Vol. 35, Núm. 330, 2005.
- García, C. *La Seguridad Social, bases, evolución, importancia económica social y política*, IMSS, México, 1955.
- Gayet, C. Et. Al. "Uso del Condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual", *Salud Pública de México*, Vol. 45, suplemento 5 de 2003.
- Geertz, C. *La interpretación de las culturas*, Gedisa, España, 1996.
- Gómez-Dantés O. et. al. "La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud", *Salud Pública de México*, Núm. 46, 2004.
- Halbwachs, Maurice, *La memoria colectiva y el tiempo*, traducción Vicente Huici. www.uned.es/ca-bergara/ppropias/vhuici/mc.htm

- Hochman G. et. al. "Cuidar, controlar, curar: ensayos históricos sobre salud y enfermedad en América Latina y el Caribe", Coleção Historia e Saude. : Editora Fiocruz, Río de Janeiro, Brasil, 2004.
- Kaminsky, G. *Dispositivos Institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 1990.
- Kicza, J. "Familias empresariales y su entorno, 1750-1850" *Historia de la vida cotidiana en México, Tomo IV, Bienes y vivencias*, Fondo de Cultura Económica/ Colegio de México, México, 2005.
- Laurell, A. C. C (coord.). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. Ed. Representación Friedrich Ebert Stiftung en México / Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México, 1995. www.javeriana.edu.co/Facultades/C_Sociales/Profesores/jramirez/PDF/laurell_saludymercancia.pdf.
- Lazcano-Ponce, E. et. al, "Cáncer de mama, un hilo conductor histórico, presente y futuro", *Salud Pública de México*, Vol. 38, Núm. 2, 1996 .
- López Moreno S. et al. "Desarrollo Histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica", en: *Salud Pública de México*, Vol. 42, Núm. 2, marzo-abril de 2000.
- Lourau, R. *El Estado y el inconsciente. Ensayo de sociología Política*, editorial Kairós, Barcelona, 1980.
- _____. *Introducción al Análisis Institucional*. Curso dictado en la UAM, Xochimilco. Documento Inédito, Traducción: Roberto Manero, Enero 1989.
- _____. *El análisis institucional*, Amorrortu editores, Argentina, 1984.
- Manero, R. "Introducción al análisis institucional" , *Tramas*, Núm. 1. Depto. Educación y Comunicación, UAM Xochimilco, 1990.
- _____. "Los psicólogos y su implicación", *Las profesiones en México*, núm. 6, UAM-Xochimilco, 1993.
- _____. "El concepto de institucionalización en socioanálisis y sus aportes a la psicología social", *Anuario de Investigación*, Depto. de Educación y Comunicación, Universidad Autónoma Metropolitana, Plantel Xochimilco, 1996.
- _____. "Institucionalización y Psicología Social", *UAM-Xochimilco*, en prensa.

- Martínez Bullé G. "El derecho a la Salud como un derecho Humano", *Seminario Salud y Derechos Humanos*, Núm. 13, Ed. Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1991.
- Martínez, Cepero, F. E. "Generales de higiene y epidemiología" *Enfermería familiar y social*, Colectivo de autores, Editorial Ciencias médicas, La habana, 2004, p. 494. www.cepjunin.com/biblio%201/completo_enfermeria.pdf
- Martínez Cortés, F. *La medicina científica y el siglo XIX mexicano*, La ciencia para todos, Núm. 45, Fondo de Cultura Económica, México, 1997.
- _____. "La medicina científica, su conocimiento y aplicación en México durante el siglo XIX", en: Aréchiga, H. Y Benítez Bribiesca, L (Coord.), *Un siglo de Ciencias de la Salud en México*, Fondo de Cultura Económica, México, 2000.
- Menéndez, E. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía Médica*, Consejo Nacional par la Cultura y las Artes, Alianza Editorial Mexicana, México, 1990.
- _____. "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", *Ciênc. saúde coletiva*, Vol. 8, Núm.1, Rio de Janeiro, Brasil, 2003. Versión electrónica en: Scielo Public Health.
- _____. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud Colectiva*, Lugar editorial, Buenos Aires, 2009.
- Mercer, H. "Hospitales y práctica médica", *Estudios Sociológicos II*, No. 5-6 (mayo-dic), El colegio de México, 1984.
- Molina del Villar, A. "Remedios contra la enfermedad y el hambre" en: Gonzalbo Aizpuru P. *Historia de la vida cotidiana, Tomo III, El siglo XVIII: entre tradición y cambio*, El Colegio de México/Fondo de Cultura Económica, 2005.
- Monreal Escalante, E. et al. "Prevalencia de síndrome metabólico en jóvenes aspirantes a la Universidad Autónoma de San Luis Potosí", *Bioquímica*, Vol. 34, Núm. 1, enero-marzo, 2009.
- Ortiz de Montellano, Bernard "Medicina y salud en Mesoamérica", *Arqueología Mexicana*, Vol. XIII. Núm. 74, julio-agosto 2005.
- Pardo, A. "¿Qué es la salud?", *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, Departamento de Humanidades Biomédicas, Universidad de Navarra, 1997;41(2):4-9. www.unav.es/cdb/dhbapsalud.html

- Passerini, L. "La juventud, metáfora del cambio social (dos debates sobre los jóvenes en la Italia fascista y en los Estados Unidos durante los años cincuenta), *Historia de los jóvenes II. La edad contemporánea*, Taurus, México, 1996.
- Piaget, J. et al. *Tendencias de la investigación en ciencias sociales*, Alianza Universidad, Madrid, 1979 .
- Pichón-Rivière, E. *El proceso grupal. Del análisis a la psicología social*, Ediciones Nueva Visión, Colección Psicología Contemporánea, Argentina, 1971.
- Rawls, J. *Teoría de la justicia*, Fondo de Cultura Económica, México, 1995.
- Reygadas, R. *Abriendo Veredas. Iniciativas públicas y sociales de las redes de organizaciones civiles*, Convergencia de Organismos Civiles por la Democracia. México, 1998.
- Rodríguez Álvarez, M. *Usos y costumbres funeraria en la Nueva España*, El Colegio de Michoacán, El Colegio Mexiquense, Zamora, Michoacán, 2001.
- Rodríguez Nebot, J. "Dispositivo y encuadre", *En la frontera*, Multiplicidades, Montevideo, 1995
- Rodríguez, Pérez M. E. "Tres médicos mexicanos y su referencial al ejercicio ético-moral de la medicina. Segunda mitad del siglo XIX", en: *Cirugía y Cirujanos*, Vol. 77, Núm. 3, Mayo-Junio, Academia Mexicana de Cirugía, México, 2009.
- Santacreu Mas, J. Et al. (1997), "La prevención en el marco de la psicología de la salud", *Psicología y salud*. Instituto de investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, Nueva época Julio-Diciembre, 1997.
- Savoye, A. *Del pasado, hagamos el análisis. El procesamiento de la historia* . Conferencia impartida en la UAM Xochimilco. Traducción Roberto Manero.
- Soto et al. (comp.). *La sociedad intervenida. Relatos de Patricia Casanova sobre psicología social, niñez y asistencia*, UAM-X, México, 2000.
- Stern, C. "El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica Salud Pública de México", Núm. 39, (marzo-abril), 1997. :<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10639208>>

- Urquieta, J. E. et. al. "El Consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas", *Salud Pública México*, Núm. 48, 2006 .
- Vallejo Casarín, A. et. al. "Conocimientos de estudiantes universitarios sobre mitos de la sexualidad", www.quadernsdigitals.net/index.php?accionMenu...tipo... -
- Vallverdú, J. *Antropología simbólica. Teoría y etnografía sobre religión, simbolismo y ritual*, Editorial UOC, Barcelona, 2008.
- Vargas, A y Casillas L. "La antropología Médica en México" en: Campos, R. (comp.), *La Antropología Médica en México*, Tomo 1, Antologías Universitarias, Instituto Mora, UAM, México, 1992.
- Vera Bolaños, M. et al. *Acción Sanitaria pública y cambio en el patrón de mortalidad en el Estado de México, 1898-1940*, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 2007.
- Viesca, C. "La medicina novohispana", Aréchiga, H. y Benítez Bribiesca, L. (coord), *Un Siglo de Ciencias de la Salud en México*, Fondo de Cultura Económica, México, 2000.
- _____ "Las enfermedades en Mesoamérica": *Arqueología Mexicana*, Revista bimestral, Volumen XIII, Número 74, Julio-Agosto 2005.
- Wunenburger, J. *Antropología del imaginario*, ediciones Del Sol, 2008.
- Zemelman, H. y G. Valencia, "Los sujetos sociales, una propuesta de análisis", *Acta Sociológica*, Nuevos Sujetos Sociales, Mayo-Agosto, UNAM, 1990.

Tesis Consultadas

- Barrera Tello V. *La construcción de las significaciones imaginarias del cáncer*, Tesis de Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones, Universidad Autónoma Metropolitana, plantel Xochimilco, 2009.
- Gil Montes, V. *Un estudio de caso sobre las significaciones imaginarias de la profesión médica en México: el éthos médico*, Tesis de Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones, Universidad Autónoma Metropolitana, plantel Xochimilco, 2002;

Hernández Salazar, P. *Las significaciones de la alimentación y su vinculación con el cuidado del cuerpo: La Experiencia de Jóvenes en la Ciudad de México*, Tesis de Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones, Universidad Autónoma Metropolitana, plantel Xochimilco, 2005;

Salazar Guerrero, R. *Una narración desde la institución: Subjetividad y Salud Mental en la UAM Azcapotzalco*, Tesis de Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones, Universidad Autónoma Metropolitana, plantel Xochimilco, 1997

Documentos consultados

Boletín Informativo de la dirección general del Archivo Histórico y Memoria Legislativa, año IV, No. 32, julio-agosto 2004.

www.senado.gob.mx/libreria/sp/libreria/historico/contenido/boletines/boletin_32.pdf

Código Sanitario de Los Estados Mexicanos, 1889, el cual se puede consultar en línea en la página de Open Library, véase:

www.archive.org/stream/cdigosanitariod00mexiqooq#page/n6/mode/2up

El voto en México, Los sentimientos de la Nación, Museo legislativo, [www.diputados.gob.mx/cedia/museo/cuadernos/Voto Mexico.pdf](http://www.diputados.gob.mx/cedia/museo/cuadernos/Voto_Mexico.pdf).

Epidemia en México: dejemos de comportarnos como si fuera la primera vez, <http://www.arts-history.mx/blogs/index>.

Informe del Rector General 2009, Anuario Estadístico, Coordinación General de Información Institucional, Dirección de Planeación.

www.transparencia.uam.mx/inforganos/anuarios/anuario2009/index.html

PRO-JUVENTUD, Programa Nacional de Juventud 2002-2006, Instituto Mexicano de la Juventud.

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Rubro 3.7 familia, niños y jóvenes, sin página. www.presidencia.gob.mx.